

VERENIGING VOOR ALCOHOL-
EN ANDERE DRUGPROBLEMEN V.Z.W
Papenvest 78
1000 Brussel

150

Referatenbundel van de studiedag

AIDS - PREVENTIE IN DE DRUGZORG

9 DECEMBER 1988

Strombeek - Bever
(Brussel)

VOORWOORD

AIDS is wel een heel vervelende ziekte. Het heeft alles in zich om niet te passen in onze moderne samenleving, of toch ... Terwijl de meeste kwalen decennia lang beschreven en bekend zijn, duikt Aids zomaar op, uit het niets, een paar jaar geleden. Het virus kent men ondertussen, of toch ook weer niet, het doet zich in verschillende vormen voor. Als je besmet bent, blijft het een gok : krijg je nu de ziekte of niet ? Aids is zo onzichtbaar. En het ergste is uiteraard dat er helemaal geen geneesmiddel tegen opgewassen is. Ten slotte is sterven aan Aids een anachronisme. Infecties die door de medische wetenschap al lang overwonnen zijn, worden je fataal.

Een ziekte die plots opduikt, moeilijk te verklaren valt, en niet te bedwingen. Een ziekte die de mens existentiële vragen stelt over leven en dood. Het mag niemand verbazen dat hier plaats is voor irrationele reacties en vooral angst. Angst, een emotie die in onze moderne samenleving niet past, en dus genegeerd wordt : we willen alles onder controle hebben.
Die angst sloeg mij om het hart toen deze vreselijke ziekte dwingend verbonden werd met de drugproblematiek als een voorname verspreidingsweg ervan. Dit gebeurde naar aanleiding van het WHO-congres in Stockholm, en de reacties die erover in de kranten te lezen waren. In theorie was mij de besmettingswijze bekend, het doorgeven van geïnfecteerde spuiten. Maar dat het zo'n vaart zou lopen dat sommige drugverslaafdenpopulaties voor meer dan 50 % uit dragers van het virus bestaan, is toch wel verontrustend.

Wat kan men beter doen met zijn angst dan erover te praten, de irrationele elementen in de angst aan de werkelijkheid te toetsen, en ten slotte iets concreets te ondernemen tegen de verspreiding van de ziekte.

Dit is, kort samengevat, wat de activiteit geweest is van de werkgroep rond illegale drugs binnen V.A.D. Dit referatenboek bevat de neerslag ervan.

De werkgroep illegale drugs ondernam drie acties. Vooreerst werd er

VOORWOORD

AIDS is wel een heel vervelende ziekte. Het heeft alles in zich om niet te passen in onze moderne samenleving, of toch ... Terwijl de meeste kwalen decennia lang beschreven en bekend zijn, duikt Aids zomaar op, uit het niets, een paar jaar geleden. Het virus kent men ondertussen, of toch ook weer niet, het doet zich in verschillende vormen voor. Als je besmet bent, blijft het een gok : krijg je nu de ziekte of niet ? Aids is zo onzichtbaar. En het ergste is uiteraard dat er helemaal geen geneesmiddel tegen opgewassen is. Ten slotte is sterven aan Aids een anachronisme. Infecties die door de medische wetenschap al lang overwonnen zijn, worden je fataal.

Een ziekte die plots opduikt, moeilijk te verklaren valt, en niet te bedwingen. Een ziekte die de mens existentiële vragen stelt over leven en dood. Het mag niemand verbazen dat hier plaats is voor irrationele reacties en vooral angst. Angst, een emotie die in onze moderne samenleving niet past, en dus genegeerd wordt : we willen alles onder controle hebben.
Die angst sloeg mij om het hart toen deze vreselijke ziekte dwingend verbonden werd met de drugproblematiek als een voorname verspreidingsweg ervan. Dit gebeurde naar aanleiding van het WHO-congres in Stockholm, en de reacties die erover in de kranten te lezen waren. In theorie was mij de besmettingswijze bekend, het doorgeven van geïnfecteerde spuiten. Maar dat het zo'n vaart zou lopen dat sommige drugverslaafdenpopulaties voor meer dan 50 % uit dragers van het virus bestaan, is toch wel verontrustend.

Wat kan men beter doen met zijn angst dan erover te praten, de irrationele elementen in de angst aan de werkelijkheid te toetsen, en ten slotte iets concreets te ondernemen tegen de verspreiding van de ziekte.

Dit is, kort samengevat, wat de activiteit geweest is van de werkgroep rond illegale drugs binnen V.A.D. Dit referatenboek bevat de neerslag ervan.

De werkgroep illegale drugs ondernam drie acties. Vooreerst werd er

een folder ontworpen die naar vorm en taalgebruik moest kunnen doordringen in de drugscène via de hulpverlening. Deze folder zal op zijn effect getoetst worden en verder aangepast in een volgende editie. In bijlage vindt U een exemplaar.

Tegelijkertijd werd een regelmatige inventarisering gestart van het aantal HIV-seropositieven onder de druggebruikers zoals zij zich aandienen in de algemeen-medische en gespecialiseerde hulpverlening. Deze meting wordt om de zes maanden herhaald. Het resultaat hiervan voor het eerste semester van 1988 vindt U ook in dit boek.

Ten slotte organiseerden we een studiedag rond preventie van de Aids-verspreiding. Immers, een beetje aandacht en wat rationeel gedrag bij sexueel contact of bij druggebruik kunnen heel wat onheil voorkómen.

De bedoeling was om hulpverleners te informeren over de stand van de wetenschap op internationaal vlak, over preventiemogelijkheden en over maatregelen om niet zelf besmet te worden tijdens de uitoefening van het beroep.

De meeste sprekers bezorgden ons ook hun tekst voor dit referatenboek, waarvoor dank.

Deze activiteiten werden mogelijk gemaakt dankzij een subsidie in het vooruitzicht gesteld door de Gemeenschapsminister voor Volksgezondheid, dhr. H. Weckx, maar daadwerkelijk maandenlang voorgeschoten door de V.A.D., die hiermee de Minister helpt zijn werk te doen. Dank U, V.A.D. !

Brussel, 9 december 1988

Paul VAN DEUN,
Voorzitter
Werkgroep Illegale Drugs

STUDIEDAG "AIDS-PREVENTIE IN DE DRUGZORG"

9 december 1988, Cultureel Centrum Strombeek-Bever (Brussel)

9.30	Verwelkoming dhr. Paul Van Deun, voorzitter werkgroep Illegale Drugs
9.45	De AIDS-problematiek, een inleiding dr. Dirk Avonts, coördinator IPAC
10.15	Specifieke risicogedragingen bij IV-druggebruikers dhr. Eric Fromberg, NIAD (Nl)
10.45	pauze
11.00	Juridische aspecten van het opsporen van het HI-virus prof. Herman Nys, K.U. Leuven
11.30	Begeleiding van AIDS-patiënten mevr. Myra De Jongh, The Foundation
12.00	Profylaxie van HIV-besmetting in de instelling mevr. Kathy Claeys, NVKVV
12.30	middagmaal en pauze
14.00	workshops - visie en selectie van preventief bruikbare videotapes Het AIDS-team, Boechout - preventiemogelijkheden in de residentiële en ambulante drugzorg met : dhr. Rudy Bracke, T.G. De Kiem dhr. M. Van Doorninck, Preventieproject Drugs (Nl) dhr. P. van der Kreeft, De Sleutel
15.30	plenair gesprek met de sprekers en inleiders, alsook met dr. Sven Todts (Free Clinic, Antwerpen), mevr. Linda Mentens (IPAC), dhr. Rudi Peeters (VAD)

DE AIDS-PROBLEMATIEK,

EEN INLEIDING

Dr. D. Avonts
Coördinator IPAC
Nationalestraat 155
2000 Antwerpen
Tel. : 03/238.58.80

studiedag VAD, 09/12/88

Het Aidsprobleem is in 1980 boven water gekomen en het minuscule virus (HIV of Human Immunodeficiency Virus) heeft zich over gans de wereld verspreid ; dit noemt men een pandemie.

Het virus heeft een geringe besmettelijkheid, en is enkel via seksueel verkeer, bloed-bloed contact en van moeder op kind (perinatale besmetting) overdraagbaar. Eenmaal besmet, nestelt het virus zich in bepaalde witte bloedcellen van de gastheer/gastvrouw. De witte bloedcellen die door het virus worden uitgekozen spelen een cruciale rol in de verdediging van het lichaam tegen ziektekiemen. Zolang het virus inactief is in die witte bloedcel (T4-cel genoemd) is er niets aan de hand. De persoon in kwestie voelt zich helemaal gezond. Enkel een bloedonderzoek kan hem/haar herkennen als drager van HIV door het opsporen van de lichaams-antistoffen tegen het virus : hij of zij wordt seropositief genoemd. Op een bepaald moment wordt het virus "wakker" en vernietigt de T4-cellen. Het lichaam reageert onvoldoende bij het binnendringen van infectiekiemen en het opborrelen van kankercellen. Er ontstaan ernstige infecties door -in principe- weinig aggressieve ziektekiemen en er verschijnen kankers die anders zelden voorkomen : dit noemt men Aids. Men schat dat een seropositieve jaarlijks 2-5 % kans heeft om tot Aids te evalueren. Eénmaal men in het Aidsstadium verzeild is geraakt, volgt de dood na 3 tot 5 jaar. Een behandeling met zidovudine kan in het Aidsstadium de ernst van de verschillende infecties verminderen, alsook de lengte en kwaliteit van het leven verbeteren, maar de uiteindelijke fatale afloop wordt niet afgehouden. Een vaccinatie of een genezende behandeling, zoals antibiotica voor bacteriële infecties, is niet beschikbaar voor de onmiddelijke toekomst.

De wereldwijde verspreiding van de ziekte verloopt volgens drie verschillende patronen, wat erop wijst dat oa.culturele en seksuele leefstijlverschillen een grote invloed uitoefenen, terwijl de intrinsieke besmettelijkheid van het virus kwasi overal gelijk is.

Een eerste type van verspreiding wordt gezien in Noord-Amerika, West-Europa en gedeeltelijk ook in Zuid-Amerika. De ziekte is vooral zichtbaar onder mannen met homoseksueel verkeer

en bij drugspuiters. De verspreiding via bloedtransfusie of door het inspuiten van bloedprodukten is een halt toegeroepen door een massale screening van bloedgevers op de aanwezigheid van het virus. Overdracht van moeder op kind (vertikale transmissie) wordt zeer zelden gezien, tenzij bij vrouwelijke drugspuiters. Heteroseksuelen vormen nog steeds een minderhied (5-10%), onder seropositieven en Aidspatiënten.

In Centraal-Afrika komt een tweede verspreidingspatroon voor. Hier is heteroseksueel verkeer de hoofdmotor van de verspreiding. Door het veelvuldig voorkomen van allerlei gewone SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals bv. genitale zweren en gonorroe) is de besmettingskans voor HIV waarschijnlijk verhoogd. Ook speelt prostitutie een belangrijke rol. De overdracht verloopt in Afrika nog steeds via gebruikte naalden en bloedtransfusies. Ook de moeder-kind overdracht is hier belangrijk : 20 - 50 % van de seropositieve moeders geven het virus door aan hun kind.

Een derde verspreidingstype komt naar voren in Zuid-Oost Azië. Het virus is er nog zeer weinig verspreid. De schaarse seropositieven worden vooral gevonden onder intraveneuze druggebruikers en ook bij mannen met homoseksuele contacten. Toch zou een snelle epidemie zich in enkele centra van kunnen voordoen (bv.Bangkok) door de het alom verspreide sex-toerisme aldaar.

In Europa werden (tot 31/07/88) 13.214 Aidsgevallen geregistreerd, 12% van het aangegeven gevallen bij de WHO, maar 6 keer minder dan in het Amerikaanse continent. In Noord-Europa gebeurt de verspreiding vooral (> 90% v/d gevallen) via homoseksueel verkeer, terwijl drugspuiters in Zuid-Europa verantwoordelijk zijn voor de meerderheid van de besmettingsgevallen. De groep drugspuiters vormt de snelst aangroeiende fraktie onder de Aidspatiënten in Europa. Op de grens tussen Noord- en Zuid-Europa ligt België.

Tot 06/88 waren in ons land 368 Aidsgevallen aangegeven, waarvan 208 bij personen die de laatste vijf jaar niet in ons land verbleven (niet-residenten). Onder de residenten zijn dus 160 Aids-gevallen bekend. Ongeveer 60% van de mannen in die groep

is besmet via homoseksueel verkeer, terwijl toch 1 op 5 tot 1 op 4 van de mannelijke Aidspatiënten besmet is geworden door heteroseksueel contact, meestal met personen die in Centraal-Afrika (Zaire) wonen. In de groep residenten werden vrouwelijke Aidspatiënten in bijna de helft van de gevallen besmet via heteroseksueel verkeer, ook meestal met een link naar Centraal-Afrika. Drugspuiters vormen in ons land een minderheid onder de Aidspatiënten (minder dan 5%).

In ons land zijn ongeveer 3500 seropositieven bekend; elke maand worden er ongeveer honderd nieuwe gedetecteerd. Het echte aantal besmetten wordt geschat op vijftien- tot twintigduizend, wat zou betekenen dat 3 op 4 van de in ons land besmette personen geen weet hebben van hun seropositiviteit.

Een aantal "risikogroepen" in ons land werden bestudeerd, en in 1987 kwamen volgende besmettingspercentages naar boven : ongeveer 4% bij mannelijke homoseksuelen, 0.5% van de heteroseksuele mannen die een SOA-raadpleging bezoeken, 1.5% van de onderzochte vrouwelijke prostituées en 1% van de Belgen die in Afrika verblijven. Over de besmetting onder drugspuiters zijn geen betrouwbare gegevens voorhanden.

Drugspuiters

Door het gebruik van door HIV-besmette naalden, spuiten en eventueel lepels bij het intraveneus inspuiten van drugs (meestal amfetamines, heroïne of cocaïne) kan het virus worden doorgegeven. Daar de hoge frekwentie van dagelijkse injecties (4 tot 6 X bij heroïnegebruik en vaak meer dan 8 X bij cocaïnegebruik) en de gewoonte injectiemateriaal in groep te delen, kan - eens het virus geïntroduceerd - HIV zich snel verspreiden onder deze groep druggebruikers. In Europa vormen drugspuiters onder de Aids-gevallen de snelst aangroeiende groep, vooral in Zuid-Europa waar 84 % van de Aidsgevallen bij drugspuiters worden gezien (1).

De verspreiding van het virus onder verschillende groepen verslaafden kan zeer verschillend zijn ; een prevalentie van 50-65 % werd genoteerd in New-York, 5-10 % in Atlanta en 1-2 % in New-Orleans (2).

Het introduceren van gedragsverandering situeert zich op twee niveau's : veilig druggebruik en veilig seksueel verkeer.

1 Veilig druggebruik.

Deze invalshoek kan langs een aantal zijden benaderd worden. Vooreerst kan men streven naar een volledige ontwenning. Een andere benaderingswijze streeft naar het gebruik van drugs zonder dat inspuiten noodzakelijk is. Tenslotte kan men ook het spuitgedrag laten bestaan en zorgen voor steriel injectie-materiaal.

Het spuitgedrag op zich blijkt dan een essentieël element te zijn van het druggebruik. Een onderzoek onder IV-druggebruikers in Massachusetts bracht aan het licht dat 63 % van hen even verslaafd was aan de naald als aan de drug, terwijl 40 % verklaarde de naald te zien als een substituut voor sex (3). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de verspreiding van HIV in zulke groepen drugspuiters zeer snel kan verlopen : men schat een jaarlijkse toename van seropositieven tusssen 3 en 13 % (2).

1.2 Steriel injectie-materiaal.

Voor deze "spuit-verslaafden" is de enige realistische Aids-preventie het systematisch gebruik van eigen (steriel) injectie-materiaal.

Het bevorderen van dit veilig spuitgedrag kan op twee manieren gebeuren : naald/spuit omruilen of door vrije distributie van steriele spuiten en naalden.

1.2.1 Naald/spuit - omruil.

Ondanks sceptisme onder de hulpverleners i.v.m. mogelijke gedragsverandering onder IV-druggebruikers, bleek het aanbieden van steriele spuiten en naalden in ruil voor gebruikt materiaal een groot succes : in Amsterdam steeg de omruil van 25.000 stuks in 1984 tot 700.000 in 1987 (4). Evaluatie van deze massale spuit/naald omruil toonde dat 74 % van de "omruilers" (n=73) spuit en naald 1 X gebruikten, vergeleken met 27 % bij de "niet-omruilers" (n=75) ; er werd geen stijging van het druggebruik genoteerd en er werden verslaafden bereikt die niet in de klassieke methadone-programma's waren opgenomen (4).

1.2.2 Vrije distributie van injectie-materiaal.

Een alternatief voor spuit/naald-omruil is het vrij aanbieden of verkopen van injectie-materiaal, b.v. via apothekers. Ook dit kent onder de IV-druggebruikers een groot succes. Eén apotheek in Glasgow verhoogde zijn spuit/naald omzet van 250 in jan/feb 1987 tot 6.000 in nov/dec van hetzelfde jaar. (5).

Na de vaststelling dat 44 % van de gearresteerde druggebruikers in Oostenrijk besmet waren met het HIV, werd vanaf maart '85 een vrije distributie van spuiten en naalden georganiseerd via de apotheken. Het percentage besmette druggebruikers onder gearesteerde gebruikers daalde nadien jaarlijks van 44 % in 1984, 33 % in 1985, 22 % in 1986 en 13 % in 1987 (6).

Zowel een vrije distributie van spuit-materiaal, als een omruil-systeem blijken het spuit-gedrag van IV-druggebruikers positief te beïnvloeden. Het omruilsysteem vereist een meer complexe organisatie, maar heeft het voordeel dat de pool besmet spuit-materaal dat onder IV-druggebruikers circuleert zo laag mogelijk wordt gehouden.

2 Veilig seksueel verkeer.

Bij een lage frequentie prevalentie van HIV-besmetten is verspreiding van het virus via seksueel contact minder belangrijk. Wanneer een hoge prevalentie bereikt wordt, moet meer aandacht besteed worden aan verdere verspreiding via seksueel verkeer. Men kan het als volgt zien : het virus dringt de groep IV-druggebruikers binnen via besmette naalden, kent een snelle verspreiding via het uitwisselen van injectie-materiaal, waarna het virus via seksueel verkeer (homoseksueel/heteroseksueel) aan niet-gebruikers kan doorgegeven worden.

2.1 Seksuele contacten van IV-druggebruikers.

Slechts een minderheid van de besmette IV-druggebruikers is homoseksueel geörienteerd. In Europa vormen homoseksuele druggebruikers slecht 3 % van het totaal aantal geregistreerde Aidsgevallen. Bijna 90 % van de besmette IV-druggebruikers zijn

heteroseksueel (7).

Toch is de seksuele aktiviteit van IV-druggebruikers niet erg hoog : 16 tot 30 % zegden de laatste drie maanden geen seksueel contact gehad te hebben (8,9). Ongeveer 6 op 10 verklaart een vaste partner te hebben die in 1 op 10 (9) tot 1 op 2 (10) van de gevallen niet tot het drugmilieu behoorde. Eén op drie tot één op vier van de seksueel aktieve IV-druggebruikers verklaarden de laatste drie maanden ten minste 1 X een partner te hebben gehad die geen drugs gebruikte. Vijf procent van de IV-druggebruikers prostitueert zich om in zijn/haar levensonderhoud te voorzien (8,9).

Deze studies bij IV-druggebruikers maken duidelijk dat via onbeschermd heteroseksueel verkeer met niet-gebruikers, HIV naar de heteroseksuele populatie kan doordringen : zie tabel 1.

2.2 Condoomgebruik.

Condoomgebruik is niet erg populair bij IV-druggebruikers ; ongeveer 1 op 4 (n=150) tot 1 op 2 (n=60) geven bij alle of sommige sexcontacten condoomgebruik aan (11,9). Slechts 8 % van de IV-drugebruikers zegt een hoog risiko te lopen op besmetting met HIV, terwijl 24 % zegt geen enkele kans hierop te hebben en ongeveer 2 op 3 zich situeren in laag tot gematigd risiko (8). Blijkbaar is specifieke informatie en motivatie van IV-druggebruikers nodig om het besmettingsrisico bij seksueel verkeer te laten doordringen, tesamen met het aanmoedigen van condoomgebruik. De naald/spuit-omruil of de centra voor vrije distributie van injectie-materiaal kunnen hierin een belangrijke rol spelen door hun regelmatig contact met IV-druggebruikers.

Veilig seksueel verkeer wordt bij IV-druggebruikers vaak bemoeilijkt doordat alcohol of hun druggebruik hen in een sfeer brengen die minder uitnodigt tot veilig vrijen. Bij mannelijke homoseksuelen met alcohol of andere drug-verslaving (n=87) was onveilig seksueel verkeer bij 79 % van hen geassocieerd met alcohol of andere druggebruik (12). Dit aspect verdient alle aandacht bij de voorlichting naar de groep van verslaafde druggebruikers.

2.3 Prostitutie.

Het "dealen" van drugs of prostitutie zijn vaak gehanteerde methoden om de hoge kosten van het IV-druggebruik te dekken. Deze zogenaamde "heroïne-hoertjes" vormen veruit de belangrijkste groep onder de HIV-besmette prostituées. Op 96 heroïne-prostituées in Amsterdam werden 34 (35%) seropositieven bevonden (13). In een seroprevalentie-studie in 8 verschillende steden van de Verenigde staten ontdekte men op 349 geteste prostituées met IV-druggebruik 53 (15.2%) seropositieven (14). Bij 104 drug-spuitende prostituées in New-York City vond men 42 (40%) seropositieven (15).

Deze subgroep onder de IV-druggebruikers vormen daarom de hoogste prioriteit i.v.m. preventieve maatregelen om de verspreiding van het virus in te dijken. Een degelijke ingangspoort kan zijn het aanbieden van methadone-onderhoudsbehandeling gekoppeld aan een SOA-check-up en counseling over Aids-preventie.

3 Perinatale transmissie.

In Europa is het grootste aantal gevallen van Aids bij pasgeborenen afkomstig van moeders die IV-drugs gebruikten of die partners hebben met IV-druggebruik. Door verwaarlozing van zorg voor hun lichaam, gebruiken vrouwelijk druggebruikers vaak geen veilige anticonceptie. Eventuele zwangerschappen worden vaak slecht begeleid door het ontbreken van geregelde medische kontroles.

Aandacht voor veilige anticonceptiebegeleiding is dan ook wezenlijk punt in de Aids-preventie op lange termijn, vooral wat betreft de preventie van Aids bij pasgeborenen. Goed gebruik van condoom, eventueel met een zaaddodende crème kan ook hier een belangrijke rol spelen.

4 Voor de toekomst.

In ons land is het niet duidelijk in hoeverre IV-druggebruik fungeert als vector van HIV om door te dringen in de heteroseksuele populatie. Daarom zijn onderzoekingen nodig bij representatieve steekproeven van IV-druggebruikers (niet alleen

diegenen die onder behandeling zijn). Pas wanneer betrouwbare prevalentiegegevens voorhanden zijn, kan een afgelijnd preventieplan worden opgesteld met zowel het facet van propere spuiten/naalden als van veilig seksueel verkeer.

Ondertussen kan zeker begonnen worden met het uitbouwen van een spuit/naald-omruil systeem of een vrije distributie van injectiemateriaal. Deze maatregelen kunnen zeer snel resultaat opleveren en zijn prioritair. De apotheek- of bepaalde apotheken - lijken mij de meest toegangkelijke plaatsen om deze spuit/naald-preventie te organiseren.

Het is ook nodig inzicht te verwerven in hoe IV-druggebruikers kunnen gemotiveerd worden tot condoom-gebruik bij seksueel verkeer. Hun speciale subcultuur en benevelde leefwereld zijn specifieke uitgangspunten waarmee rekening moet gehouden worden. Een piloot-onderzoek waarbij men enkele GVO-technieken evalueert, is zeer nuttig om de juiste boodschap bij de geviseerde doelgroep te laten overkomen.

Kijkend naar de verschillende deelgroepen onder de IV-druggebruikers, gaat de grootste prioriteit uit naar het bereiken van heroïne-prostituées. Zowel een invalshoek vanuit de drugverslaving (methadone-verstrekking, spuit/naald distributie) als vanuit de kans op SOA (geregelde check-up i.v.m. SOA, workshps i.v.m. condoomgebruik) kunnen geprobeerd worden. Een algemeen sociale aanpak die maakt dat zij prostitutie financieel niet nodig hebben om in hun onderhoud te voorzien, is uiteraard ook erg zinvol.

In dat kader past een initiatief van opvang vanuit de buurt of de leefwereld van de prostituées zelf (ex-verslaafden bv.).

Een aparte - bereikbare - groep IV-druggebruikers vormen diegene die wegens allerlei omstandigheden in de gevangenis terecht komen. Intensieve begeleiding en voorlichting in de gevangenis werd in Oostenrijk met succes uitgeprobeerd.

Tabel

Seksuele contacten van IV-druggebruikers buiten het milieu van drugspuiters ; samenvatting van drie studies in England : referentie 8,9 en 10.

	(8)	(9)	(10)	totaal
-aantal seksueel aktieven	91	42	60	193
-aantal niet seksueel aktieven	17	18	--	
-vaste partner	51(56)*	24(57)*	39(65)*	114(59)*
-vaste partner die niet spuit	14(15)*	3(7)*	18(30)*	35(18)*
-ten minste één partner de laatste 3 maanden die geen drugs spuit	35(39)*	12(29)*	--	47(35)**
-prostitutie	5(5)*	2(5)*		7(5)**

* percentages berekend op het totaal aantal seksueel aktieven.

** percentages berekend op het aantal seksueel aktieven van de twee eerste studies : n=133.

Referenties

1. BRUNET J-B
   Aids and HIV-infection in Europe.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988.

2. HAAN RA, ONORATO IM, JONES TS, DOUGHERTY J.
   Infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV) among intravenous drug users (IVDU's) in the U.S.
   Centers for Disease Control, Atlanta.
   Fourth international confererence on Aids, Stockholm 1988, abstract 8020.

3. CONNORS MM, GALEA RP.
   Anthropological investigations of the meaning and practices of needle use and sharing among intraveneus drug users.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm, 1988 abstract 8518.

4. BUNING EC, HARTGERS C, VERSTER AD, VAN SANTEN GW, COUTINHO RA.
   The evaluation of the needle/syringe exchange in Amsterdam.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988 abstract 8513.

5. GOLDBERG D. WATSON H, STUART F, MILLER M, GRUER L, FOLLETT E.
   Pharmacy supply of needles and syringes.
   The effect on spread of HIV in intravenous drug misures.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988 abstract 8521.

6. FUCHS D, UNTERWEGER B, HINTERHUBER H, DIERICH MP, WEIS SH, WACHTER H, et al.
   Successful preventive measures in a community of IV drug addicts.
   Fourth international conference on Aids, stockholm 1988 abstract 8524.

7. DES JARLAIS DC.
   HIV-infection among persons who inject illicit drugs : problems and progress.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988.

8. ALLDRITT L, DOLAN K, DONOGHOE M, STIMSON GV.
   HIV and injecting drug user : clients of syringe exchange schemes in England and Scotland.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988 abstract 8511.

9. HART GJ, CARVELL A, JOHNSON AM, FEINMANN C, WOODWARD N, ADLER MW.
   Needle exchange in central London.
   Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988 abstract 8512.

10. FLANAGAN D, BURNYEAT S, WADE B, CLARKE H, MARTEN R.
Evaluation of a syringe-exchange scheme.
Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988
abstract 8519.

11. JUNGBERG BL, ANDERSSON B, CHRISTENSSON B, M HUGO-PERSSON, TUNNING K, URSING B.
Distribution of sterile equipment to IV drugabusers as part of an HIV prevention program.
Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988
abstract 8514.

12. WOODS WJ, DAVIS F, DE JONG J,
Unsafe sex and drug use among sustane abusing gay men at intake to treatment.
Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988
abstract 8073.

13. VAN DEN HOEK JAR, VAN HAASTRECHT HJA, SCHEERINGA-TROOST B, GOUDSMIT J, COUTINHO RA.
HIV-infection and Sexuelly Transmitted Diseases (STD) among addited prostitutes in Amsterdam : the potential of HIV-transmission.
Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988
abstract 4044.

14. KHABBAZ RF, DARROW WW, LAIRMORE M, et al.
Prevalence of antibody to HTLV-I among 1415 female prostitutes in the United States.
Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988
abstract 4042.

15. WALLACE JI, BEATRICE S and BEKESI JG.
Prognostic Tests for Detection of Aids Disease Development in Heterosexually Active Women.
Fourth international conference on Aids, Stockholm 1988
abstract 7833.

Specifieke risicogedragingen bij intraveneuze druggebruikers en preventie en voorlichtingsmodellen.

Drs.E.Fromberg
Ned. Inst. v. Alcohol en Drugs

Onder intraveneuze druggebruikers treft men twee vormen van risico-gedrag met betrekking tot AIDS aan: in de eerste plaats natuurlijk het spuiten zelf, in de tweede plaats (homo)prostitutie. Preventie en voorlichting wordt derhalve op deze twee terreinen gericht.

Ten eerste: preventie t.a.v. het intraveneus gebruik.
Het meest opvallende deel van de preventiemaatregelen die in Nederland genomen worden zijn de spuitomruilprogramma's. Met name in Amsterdam geschiedt dit zeer grootschalig: op jaarbasis worden daar circa 700.000 spuiten verstrekt. Echter ook in andere steden zijn inmiddels spuitomruil-programma's aangevangen: op dit moment (1-7-'88) zijn er 36 programma's met soms meerdere verstrekkingspunten (1). Echter wij kunnen ons niet beperken tot spuitverstrekking want men moet zich realiseren dat het infectie-risico niet beperkt blijft tot alleen de spuit, maar dat we tevens de aandacht moeten vestigen op de daarbij gebruikte paraphernalia zoals watjes, lepels etc. Voorts worden wij geconfronteerd met technieken als "front-loading" waarbij de gebruiker ten onrechte meent besmetting te kunnen voorkomen. Derhalve wordt er naar gestreefd de activiteiten niet tot spuitomruil te beperken, maar tevens voorlichting te geven over de met het spuiten samenhangende risico-gedrag. Dit geschiedt niet alleen in het kader van de spuitomruilprogramma's maar ook bij alle andere hulpverleningsactiviteiten.
Enkele problemen dienden hierbij overwonnen te worden. Allereerst heeft het feit dat een deel van onze werkers in de verslavingszorg in hun werkmethoden en orientatie sterk op abstinentie zijn gericht tot gevolg dat gesprekken over veilig gebruik van drugs voor hen moeilijk zijn te voeren. Dit probleem wordt door een intensieve (her)scholingsactie welke door ons instituut wordt voorbereid aangepakt. Echter, in het meer op het maatschappelijk functioneren gerichte deel van onze verslavingszorg doet dit probleem zich slechts in zeer geringe mate voor. Een ander probleem speelt met name in Amsterdam waar de methadonverstrekking dusdanig grootschalig geschiedt dat er in het kader van de verstrekking nauwelijks ruimte is voor persoonlijk contact met de verslaafden. Daar wil men ervaren methadonverstrekkers vrij gaan stellen voor dit soort gesprekken.
De preventie van HIV-transmissie door (homo-)prostitutie heeft in eerste instantie gestalte gekregen door de productie van voorlichtingsfolders speciaal gericht op

druggebruikers waarvan er inmiddels een reeks is verschenen. Er wordt echter naar gestreefd deze folders niet slechts uit te reiken, doch vooral als aanzet tot persoonlijke gesprekken te hanteren. Met name is hierbij van belang dat de betreffende hulpverleners het gevoelige onderwerp sexualiteit goed kunnen bespreken, ook hiertoe is door ons instituut een uitgebreide (bij)scholingsactie op poten gezet. Daarnaast wordt regelmatig door condoom-verstrekking het "veilig vrijen" aan de orde gesteld en bevorderd.
Het moge duidelijk zijn dat de preventie in Nederland zich niet uitsluitend richt op spuitomruilprogramma's al blijven deze in ons bestel van preventieve maatregelen een zeer belangrijke plaats innemen. Het grootste belang echter blijven wij hechten aan gedragsbeinvloeding door individuele contacten tussen hulpverleners en verslaafden, zoals b.v. verslavingsartsen en hun patienten waarin aandacht geschonken kan worden aan het gedrag met betrekking tot AIDS-preventie. Uiteraard wordt ook algemene gezondheidsvoorlichting gegeven, als vanzelfsprekend onderdeel van het hulpverleningspakket.
In dit licht is het van groot belang gebleken dat door het relatief tolerante klimaat dat Nederland kenmerkt voor zover het de verslaafden betreft, dat zich met name uit in de grootschalige verstrekking van methadon, het bereik van de hulpverlening bijzonder groot is. Wij schatten dat ruim 80% van de verslaafden zeer regelmatig contact hebben met de verslavingszorg.
Wanneer men de Nederlandse ervaringen in Belgie wenst toe te passen dient men zich wel te realiseren dat er tussen de Nederlandse en de Belgische scene grote verschillen bestaan. In Nederland zijn de onderlinge contacten tussen de verslaafden veelvuldig o.a. door de grootschaligheid van de hulpverlening. Dit maakt dat het HIV zich snel kan verspreiden binnen de gehele scene indien geen effectieve preventiemaatregelen worden getroffen door de i.v.-druggebruikers. Daarentegen lijkt de heroinescene in Belgie opgesplitst te zijn in een groot aantal zeer kleine scenes die geen of vrijwel geen onderling contact hebben, zelfs vaak niet van elkaars bestaan weten. Dit maakt dat de verspreiding van het HIV binnen zo'n scene weliswaar heel snel kan gaan, maar van de ene groep naar de andere slechts zeer langzaam. Wanneer men overweegt om uit hoofde van de AIDS-preventie ook in Belgie spuitomruil-programma's aan te vangen, dient men zich te realiseren dat die snel de neiging hebben grootschalig te worden, althans als ontmoetingsplaats voor verslaafden te gaan fungeren, waardoor de verschillende scenes met elkaar in contact komen. De verspreidingskans voor het virus kan daardoor eerder toe dan af nemen. Het lijkt derhalve de voorkeur te verdienen in de Belgische verhoudingen het systeem van spuitverkoop cq. omruil via apothekers sterk te bevorderen om op deze wijze wel schone spuiten beschikbaar te maken, echter zonder de grootschalige structuur die wij in Nederland reeds kenden over te nemen.
In dat verband moet ook de uiterst nuttige rol van het straathoekwerk worden genoemd. Waar het bereik van de

hulpverlening in Belgie zeer beperkt lijkt te zijn, omdat het sterk afkick-gericht is i.t.t. een groot deel van de Nederlandse verslavingszorg, is contactlegging met de verslaafden die niet met de hulpverlening in contact komen van het grootste belang voor preventieve maatregelen m.b.t. AIDS., om maar niet te zeggen imperatief, omdat juist dat de categorie verslaafden is die de grootste risico's lopen om zelf besmet te worden met het HIV alsook het virus verder te verspreiden. Straathoekwerk is daar als methode uiterst geschikt voor en biedt tevens de mogelijkheid binnen die contacten de noodzakelijk voorlichting te geven. Ook in Nederland wordt de straathoekwerker meer en meer ingezet bij de AIDS-preventie. In het licht van de bovenbeschreven structuur van de Belgische scene lijkt het inzetten van straathoekwerkers voor de Aids-preventie nog aanbevelenswaardiger omdat dit een ruime mogelijkheid biedt om een groot bereik te realiseren zonder de verschillende scenes met elkaar in contact te brengen. Een andere weg is het sterk bevorderen van methadonverstrekking door vrijgevestigde huisartsen die dan tevens actief kunnen zijn inzake de AIDS-preventie.

Literatuur.

1. D.Bossche: Spuitomruil in Nederland, voordracht gehouden op het NIAD, 1988.
2. E.Fromberg: "Je moet het hebben! Straathoekwerk: roeping of beroep". NIAD, 1988.

Spuitomruil in Nederland: een inventarisatie.

D. Bosse, NIAD

Dames en heren,

Ik wil u vanmorgen iets vertellen over de uitkomst van de vragenlijsten over de spuitomruilprojekten die wij het land in gestuurd hebben. Wij hebben dit vragenformulier gestuurd aan alle hoofdburo's van CAD's, de bij ons bekende GGD'en en BaGD'en die iets met drugverslaafden te maken hebben en alle JOJO instellingen. Dit zijn instellingen, over het algemeen laagdrempelig, die gesubsidieerd worden uit een speciale pot bij WVC, de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan jongeren en jong- volwassenen.
51 formulieren werden teruggestuurd. Hiervoor onze dank.
Wij hebben ervoor gekozen niet alle instellingen die een formulier opstuurden uit te nodigen. Onze opzet is geweest om de "spuitomruilers" hier te krijgen, en dat is ook gelukt. Diegenen die wel een formulier opstuurden maar niet daadwerkelijk deelnamen aan de uitvoering van de spuitomruil zullen op de hoogte gehouden worden en de stukken die uit deze dag voortvloeien toegestuurd krijgen.

Er zijn vanuit alle regio's reacties binnen gekomen. Een enkele keer ben ik aan het bellen gegaan naar gebieden waarvan ik wist dat er iets aan spuitomruil gedaan werd, maar waar ik geen formulier van gezien had.
Uiteraard zullen er ook na vandaag nog vele vragen over blijven, maar een eerste aanzet tot een landelijk beeld over spuitomruil kon toch reeds aan de hand van de enquêteformulieren gemaakt worden.
Hieruit blijkt ook dat de gegevens die straks gepresenteerd worden niet als 100% volledig aangemerkt kunnen worden. Wij zullen proberen in de toekomst de lijst met spuitomruilplaatsen aktueel te maken en te houden.

Ik wil een aantal punten vanochtend nader toelichten.
In de eerste plaats hebben wij in kaart gebracht hoe het aantal omruilplaatsen zich in de loop van een jaar heeft uitgebreid. Daarna zal ik iets proberen te zeggen over de omzet. Vervolgens komen de al dan niet verstrekte subsidies aan bod en de verstrekkende instanties. Hierna zal ik iets vertellen over de manieren van spuitomruil en afsluitend zal ik enige vragen formuleren.

Uitbreiding van het aantal voorzieningen.

In figuur 1 is de situatie geschetst van omruilplaatsen die op 1-7-1987 draaiden. Dit zijn 15 steden, die een beperkt gebied bestrijken.

Een half jaar later zijn er 7 plaatsen bijgekomen, wat het totaal op 22 brengt (figuur 2). De randstad wordt langzaam voller en ook verder van de randstad ontstaan spuitomruilplaatsen.

Op 1.7.1988 zal er naar verwachting in 36 plaatsen aan spuitomruil gedaan worden. Hiermee wordt vrijwel heel Nederland van schone spuiten voorzien. (figuur 3).

Omzet van spuiten

Door de instellingen die vóór februari jl. reeds van start waren gegaan werden in totaal in de maand februari ruim 70.000 omgeruild. Dit betekent op jaarbasis zo'n 900.000 spuiten (februari is een korte maand). Aangezien er nog een aantal spuitomruilplaatsen bijkomen, c.q. bijgekomen zijn in dit jaar, zou het mogelijk moeten zijn om de 1 miljoen te halen.

Het grootste deel (700.000) wordt in Amsterdam omgeruild. Hierover vertelt Ernst Buning u straks meer. In overige grote en minder grote steden bestaan er grote verschillen in aantallen omgeruilde spuiten. Waarom er op sommige plaatsen maar

heel weinig spuiten omgeruild worden, laat zich, afgezien van startproblemen, moeilijk verklaren. Onderzoek hiernaar zou mijns inziens uiterst zinvol zijn. We kunnen immers niet blijven volstaan met in de enquête genoemde argumenten zoals: er zijn hier haast geen spuiters, we zitten te ver van de binnenstad af, ze zullen ze wel kopen bij apotheken, of erger, men denkt, zonder het verder uit te zoeken, dat andere instanties het wel zullen doen. Het zou ook zinvol zijn om bij de apotheken na te gaan of er in de loop van het laatste jaar via deze weg meer spuiten zijn verkocht. Als dat zo is, is het tevens noodzakelijk om naar het inleveren van spuiten te kijken.

Subsidies en verstrekkende instanties

Er zijn voor zover uit de enquête blijkt op dit moment 24 instanties die subsidie hebben verkregen (48%). Van 16 instanties is een subsidieverzoek bij WVC in behandeling (32%). Dit zijn over het algemeen de projekten die nog van start moeten gaan. 10 instanties hebben geen subsidie aangevraagd of verkregen (20%). Voor deze geldt in een aantal gevallen dat de spuiten uit eigen budget betaald worden. In andere gevallen worden ze verkocht bij apotheken of op omruilprojekten (tegen kostprijs).

Er is ook nog iets te zeggen over de verstrekkende instellingen. Bij deze cijfers zijn meerdere verstrekkingsposten per plaats mogelijk.

Op 16 plaatsen worden door een JOJO-instelling spuiten omgeruild. (32%;n=50), op 15 plaatsen worden door een CAD schone spuiten verstrekt (30%), op 12 plaatsen gebeurt dit door een GGD òf DGD (24%), op 4 plaatsen door apotheken (8%) en op 3 plaatsen door andere instellingen (6%).

Overleg en samenwerking

Voor zover uit de enquête blijkt, is er buiten de stad Amsterdam alleen in de regio Zwolle (waaronder Steenwijk, Zwolle, Kampen, Harderwijk, Lelystad en Almere) sprake van een goede samenwerking tussen DGD/GGD, CAD en JOJOinstellingen. Uit de enquête komt naar voren, dat er vaak wel overleg is tussen de verschillende soorten instellingen, maar dat dit niet altijd bevredigend verloopt. Sommige instellingen voelen zich gedupeerd omdat ze geen spuiten mogen ruilen, andere instellingen voelen zich gedupeerd omdat ze spuiten moeten ruilen, of een CAD of GGD doet de omruil, zonder dat daar goed overleg is geweest. In een aantal gevallen schijnen de AIDS-platforms niet goed te funktioneren, waardoor problemen kunnen zijn ontstaan. In andere gevallen lijkt iets door te klinken van broodnijd of gaat het (al dan niet terecht) om een beperkt aantal drugspuiters.

Lacunes

Een aantal plaatsen/regio's zijn mij opgevallen doordat er niet of nauwelijks aan spuitomruil gedaan wordt. Dat zijn Twente, Eindhoven, Zuid Zuid-Limburg (in Maastricht ruilt de GGD 221 spuiten per maand om) en de kop van Noord-Holland (*)

Afgezien van enkele regio's waar waarschijnlijk inderdaad maar weinig spuiters voorkomen, lijkt het erop, dat in de overige gebieden kennelijk slechts een klein deel van de drugspuiters bediend wordt. Een verontrustende ontwikkeling lijkt te zijn, dat in enkele plaatsen waar de spuitomruil een laag bereik heeft, en met de apotheken de afspraak wordt gemaakt om aan gebruikers geen spuiten meer te verkopen.

Manieren van spuitomruil

Hoe wordt er zoal omgeruild in het land: In de regel wordt er 's middags gedurende één of meer uren de mogelijkheid geboden spuiten om te ruilen. Een enkele doet dit in de ochtend, een andere instelling weer tot in de nacht.
Over het algemeen wordt er 5 dagen per week geruild. Een enkele instelling doet dit slechts 3 dagen per week; een paar zelfs 7 dagen per week. Op vrijwel alle plaatsen gebeurt de verstrekking anoniem.

Er zou hier overigens beter van niet-registreren gesproken kunnen worden, daar het van vaste klanten al snel bekend is dat ze spuiten omruilen. Er is ook een instelling die om die reden een soort bankkluissysteem voor het omruilen van spuiten heeft georganiseerd. In ieder geval heb ik nergens gelezen dat op kliëntenkaarten of iets van dien aard aangetekend wordt dat kliënt ook spuit.

In de meeste gevallen kan gratis worden omgeruild. Als kliënten geen vuile spuit bij zich hebben, kunnen ze schone spuiten kopen. In enkele gevallen kunnen kliënten alleen schone spuiten kopen. Dit geldt in ieder geval voor die steden waar alleen via apotheken spuiten verstrekt worden.
Tot slot kan gesteld worden, dat de gemiddelde spuitenruil er als volgt uit ziet:

- geen registratie
- door drughulpverleningsinstelling
- 's middags
- omruil en/of verkoop

Vragen

Vragen die voor mij overblijven zijn:

1. Sluit het aanbod voldoende aan bij de vraag van de kliënten. Ik denk hier b.v. aan het weinig of niet bereikbaar zijn van spuitomruilmogelijkheden buiten kantooruren en aan het bereik dat in sommige plaatsen laag lijkt te zijn.
2. In hoeverre kan dit ondervangen worden door verbetering van het lokale/regionale overleg tussen CAD, BaGD, JOJO en Aidsplatforms.
3. In hoeverre is dit overzicht volledig. Ik hoop dat u wijzigingen en aanvullingen aan ons door wilt geven. Hiervoor bij voorbaat dank.

JURUDISCHE ASPECTEN VAN HET OPSPOREN VAN HET HI-VIRUS

Prof. dr. Herman NYS,

K.U. Leuven,
Faculteit Rechtsgeleerdheid,
Afdeling Gezondheidsrecht

Een tekst van deze bijdrage was niet beschikbaar.

Wie interesse heeft voor dit onderwerp, waarin ook ethische aspecten centraal staan, kan verwezen worden naar volgend artikel :

NYS, H. (1988). Recht en AIDS : besmetting, opsporing en preventie strafrechtelijk en gezondheidsrechtelijk beschouwd. Panopticon (Tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk), 9 (1), pp. 8-23.

Overgenomen uit het tijdschrift van de
NVKVV : "Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg"
1988, nr. 4

de ziekenhuiswerker, het acquired immuno deficiency syndrome (A.I.D.S.) en ziekenhuishygiëne

Mevr. K. CLAEYS
Vpk. Ziekenhuishygiënist
Voorzitter werkgroep Ziekenhuishygiëne N.V.K.V.V.

INLEIDING

Elke ziekenhuiswerker waakt erover dat de patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis geen supplementaire schade oploopt, die zijn gezondheid nog meer kan aantasten. We moeten hem vrijwaren van het hospitalismesyndroom. Bij elke handeling die we verrichten moet onze aandacht gericht zijn op het voorkomen van schade bij onze patiënt en dit op psychisch, sociaal en fysisch vlak.
Door ons eigen gedrag moeten we vertrouwen uitstralen naar onze patiënt. Angstige, onwetende ziekenhuiswerkers zullen aan de patiënt onmogelijk de nodige rust kunnen verstrekken, die noodzakelijk is voor hun genezing. In extremis kunnen we aan de patiënt zelfs schade op psychisch vlak veroorzaken door een twijfelende afstandelijke houding. Fysische infectieuze schade brengen we toe door een tekort aan bepaalde hygiënische basismaatregelen.
Goed ingelichte gezondheidswerkers bezitten voldoende kennis om altijd de nodige hygiënische voorzorgen te nemen bij kontakt met elke opgenomen patiënt waardoor de kans op besmetting van medepatiënten en zichzelf voorkomen wordt.

1. VEILIGE WERKMETHODEN HYGIËNISCH WERKGEDRAG

Er zijn enkele hoofdstelregels die door de jaren heen wat aan belangstelling hebben verloren. We wanen ons onaantastbaar. Zelfs als er toch door een onachtzaamheid iets fout loopt, wist de medische wetenschap daar een oplossing voor. We zijn daardoor roekelozer geworden.

De vroegere vrees een hepatitis B infektie op te lopen, bij kontakt met bloed of lichaamsvochten van een chronische drager, is verdwenen door het routinematig vaccineren van het personeel. Pas met de komst van het HI-virus gaat iedereen zich bezinnen over basismaatregelen, die voordien verwaarloosd werden.

Gezien de kans op besmetting met HIV bij prikongeval minder dan 1 % bedraagt t.o.v. 6 à 30 % bij besmetting met HBV moeten deze routineregels zeker voldoende zijn. Meer nog als men weet dat 40 % van de besmettingen mogelijk kunnen voorkomen worden, indien bestaande voorzorgsmaatregelen waren nageleefd. Ze moeten dan ook toegepast worden bij de verzorging van iedere patiënt.

Deze regels geven een goede bescherming, en naleving wordt met een toenemend voorkomen van HIV-infektie een zaak van levensbelang. Het voorkomen van HIV beperkt zich niet meer tot een bepaalde groep mensen in onze samenleving, de gekende risicogroep. Onze aandacht moet daardoor verscherpt toegespitst worden op het hygiënisch werkgedrag van alle gezondheidswerkers bij de zorg aan alle patiënten in iedere situatie.

Dit werkgedrag zal de besmetting voorkomen van de ene patiënt naar de andere, kruisinfektie, en zal tevens een voldoende bescherming bieden aan de gezondheidswerker (G.W.)
(punt 1 → 5).
Enkele **supplementaire maatregelen bieden nog meer bescherming van de G.W. bij het stellen van akten bij de patiënt**
(punt 6 → 8).

1. - 95 % van de ziekenhuisinfekties worden overgedragen via de handen. Daarom staat of valt de infektiepreventie door het toepassen van een rigoureuze *HANDHYGIËNE*.
Het wassen van de handen is absoluut noodzakelijk na ieder patiëntenkontakt en bij de manipulatie van materialen die in kontakt zijn geweest met de patiënt. Het dragen van handschoenen sluit het handen wassen na het verwijderen van de handschoenen niet uit.

2. - Alle bloed en lichaamsvloeistoffen moeten steeds als potentieel besmet beschouwd worden, ongeacht de gekende of ongekende infectieuze status van de patiënt.
Daarom moeten steeds *HANDSCHOENEN* gedragen worden voor ieder kontakt met bloed of lichaamsvochten of bij het behandelen van materialen die daarmee bevuild zijn.

3. - Men moet steeds een *OVERJAS* dragen om de eigen werkkledij te beschermen, telkens als de kans bestaat op het bevuilen ervan.
Deze handelswijze is nog onvoldoende ingeburgerd op de doorsnee verpleegeenheid. Bijvoorbeeld op de afdelingen intensieve zorgen, pediatrie, de poliklinieken gastro-enterologie en pneumologie is dit reeds een routine maatregel. Deze goede gewoonte vindt even goed zijn toepassing bij de verzorging van vele patiënten op chirurgische of medische afdelingen waar het opspatten van bloed of lichaamsvochten mogelijk is.

4. - Alle materialen die gebruikt werden bij een patiënt moeten als besmet beschouwd worden. Dit betekent dat ze steeds als AFVAL moeten verwijderd worden of vóór hergebruik bij een andere patiënt *ONTSMET* of *GESTERILISEERD* moeten worden.

Daarbij moeten steeds de volgende stelregels toegepast worden:
- alle materialen worden *gereinigd* vooraleer ze te ontsmetten of te steriliseren.
- i.g.v. ontsmetting: gebruik steeds de juiste concentratie van het ontsmettingsmiddel en respecteer de kontakttijd.
- i.g.v. sterilisatie: respecteer de regels van het sterilisatieproces en kontroleer regelmatig de toestellen op een efficiënte werking.

5. - Steeds moet onverwijld gemorst *bloed of lichaamsvochten verwijderd* worden. Daarvoor draagt men handschoenen waarna de handen gewassen worden.

6. - Ook moeten steeds alle met bloed of lichaamsvochten *bespatte lichaamsdelen* van de G.W. *gewassen* worden.

7. - Vermijd alle *PRIKONGEVALLEN* met scherpe voorwerpen die in kontakt zijn geweest met de patiënt.

- «Om verwondingen met naalden te voorkomen, mag de beschermhuls na gebruik niet terug over de naaldpunt aangebracht worden, noch mag men die naalden buigen, breken, losmaken van wegwerpspuiten of op enige andere manier met

de hand manipuleren.» (3).
Deze aanbevelingen van de CDC (Center for Disease Control) stellen het gebruik van een grote verstevigde doos voor, in de onmiddellijke omgeving van de patiënt.

- Er zijn ook kleine doosjes in de handel die zeer handig op het draagbordje kunnen geplaatst worden bij de te geven inspuiting. In dit doosje wordt dan door een inkeping in het deksel de onbeschermde naald vrijgemaakt van de spuit. Dit is een handig alternatief, maar wordt door de CDC niet aanbevolen.
- Een ander alternatief is het gebruik van een «vingerprotectieschildje». Dat schildje voorkomt het prikken in de vingers bij het terugplaatsen van de naald in de huls. Op deze manier is de naald beschermd onmiddellijk na het gebruik en kan deze in de dienstkamer op een veilige manier verwijderd worden in aparte speciale dozen. Deze schildjes zijn klein en kunnen op ieder draagbord of verzorgingswagen voorzien worden. Ieder kan aldus in zijn ziekenhuis, in zijn situatie, de aangepaste bruikbare manier toepassen ter preventie van prikongevallen.

  Deze moeten altijd vermeden worden, want dit is de enige manier waardoor met handschoenen aan, kontakt met bloed en lichaamsvochten mogelijk is.

8. - Het dragen van een *MASKER* en een *BRIL* kan moeilijk als routinemaatregel toegepast worden. Waarschijnlijk zal het frequenter aangewend worden in die ziekenhuizen waar een hogere *HIV*-prevalentie in de patiëntenpopulatie voorkomt, en wanneer de kans op spatten groot is.

2. *VERZORGING VAN DE SEROPOSITIEVE PATIËNT*

Voor de verzorging van deze patiënten gelden dezelfde regels als beschreven als «veilig werken». Er moeten extra voorzorgen genomen worden t.o.v. bloed en lichaamsvochten. Materialen die in kontakt zijn geweest met de patiënt dienen met aangepaste ontsmettingsmiddelen en kontakttijden behandeld te worden. Speciale maatregelen worden gesteld aan de afvoer van afval en linnen.
In de literatuur worden daarover voldoende richtlijnen gegeven (3) - (4).

Als de patiënt symptomen van infektie of immuundeficiëntie vertoont, zullen extra maatregelen noodzakelijk zijn respectievelijk ter bescherming van de omgeving of van de patiënt zelf. Daarom kunnen de HIV-dragers in een meerpersoonskamer verpleegd worden zolang slechts routinemaatregelen gelden. Anderzijds is een éénpersoonskamer om psychologische redenen verantwoord als té veel voorzorgen genomen dienen te worden bij elke verzorging of benadering van de patiënt. Dit zou anders niet alleen psychische schade veroorzaken bij de patiënt, doch ook bij de medepatiënten.

BESLUIT

We kunnen dus stellen dat de preventie van kruisbesmetting van de ziekenhuispatiënt en besmetting van de G.W. vooreerst moet gezocht worden in **algemene hygiënische maatregelen.**

Deze moeten er in hoofdzaak op gericht zijn prikverwondingen en blootstelling aan bloed en lichaamsvochten van de patiënten te voorkomen. Het scheppen van een basisgedrag met routinemaatregelen die altijd toegepast moeten worden ongeacht de meestal ongekende infectieuse status van de patiënt zal voor eenieder het komfort verzekeren dat moet bijdragen tot een betere patiëntgerichte zorg.

BIBIOGRAFIE

1. *Aids risico is het beroep* - Werkgroep Aids - Boechout.
2. DESMYTER J. e.a. - *Voorzorgsmaatregelen bij handeling en verpleging van patiënten met A.I.D.S.* Acco, Leuven, 1988, p. 30.
3. GOLDWATER P.N. - *Two year experience in the use of the needle guard in prevention of needlestick injury.* 1st International conference of the hospital infection society 31 aug. - 4 sept. 1987, London, England.
4. HOUWELING H. - *Is A.I.D.S. een beroepsrisico voor de (para)medische beroepsgroepen?* Ned. Tijdschr. Geneeskd. 1987; 131, nr. 48, p. 2183-2186.
5. JACKSON M. - *Perceptions and beliefs of nursing and medical personnel about needle-handling practics and needlestick injuries.* Am. J. of Inf. Control, Vol. 14, nr. 1, Feb. 1986, p. 1-10.
6. JACQUES P. en S. HEYLEN - *Aids,* Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg, Jg. 42, nr. 1, feb. 1986, p. 2-12.
7. PANTELINCK E.L. - *Effectiveness of AMSCO Eagleguard Syringe Disposal System in reducing needlestick injuries and environmental hazards at a large university hospital.*
   1st International conference of the hospital infection society, 31 aug. - 4 sept. 1987, London, England.
8. VAN DEN BROEK P.J. - *Preventie van prikongevallen.* Ned. Tijdschr. Geneeskd. 1987; 131, nr. 48 p. 2187-2188.

PROFYLACTISCHE MAATREGELEN TEGEN BESMETTING MET HIV

met dank aan mevrouw K. Claeys,
Comité voor Ziekenhuishygiëne,
A.Z. Sint-Jan van het O.C.M.W.,
Ruddershove 10,
8000 BRUGGE

Bloed/lichaamsvochten voorzorgsmaatregelen (roze vignet)

1. Is bedoeld om infekties te voorkomen die overgedragen worden door direkt of indirekt kontakt met geïnfekteerd bloed en lichaamsvochten.
   De infektieziekten waar bloed of lichaamsvochten geïnfekteerd zijn, worden allen in deze categorie vervat, tenzij ze in een categorie opgenomen werden, waarvoor nog strengere maatregelen noodzakelijk zijn (vb. strikte isolatie).
   Bij sommige ziekten, zoals malaria is enkel het bloed besmet, bij andere, zoals bij hepatitis B (met inbegrip van de dragers van het Hep. B antigeen) is zowel het bloed als de lichaamsvochten besmet (speeksel, sperma, e.a.).
   Het is daarom noodzakelijk de tabel na te zien waarin voor elke infektieziekte het geïnfekteerd materiaal vermeld staat.

2. Voorzorgsmaatregelen :

   1. Kamer : - een individuele kamer is niet noodzakelijk.
      - uitzonderlijk verplicht; cfr. p. 33.
      - patiënten met dezelfde aandoening mogen in dezelfde kamer verpleegd worden.
   2. Masker : - overbodig
      - aanbevolen indien een kans op spatten van lichaamsvochten bestaat (vb. endoscopie, stomatologie of bij overvloedig hoesten van de patiënt).
        Het dragen van een bril moet dan eveneens overwogen worden.
   3. Gele overjas : verplicht als bevuiling van de eigen werkkledij mogelijk is.
   4. Handschoenen : - verplicht voor de manipulatie van bloed en lichaamsvochten en daarmee bevuild materiaal.
      - aanbevolen bij grote verzorging.
      - verplicht wanneer de zorgenverstrekker huidlaesies aan de handen vertoont.

5. Handen : handen moeten onmiddellijk gewassen worden indien ze potentieel besmet zijn met bloed of lichaamsvochten en vooraleer zorgen toe te dienen aan een andere patiënt

6. Ontsmettingsmaatregelen :
   - Kamer en Meubilair :
     - De ontsmettingsmaatregelen zijn verschillend, afhankelijk van het verblijf van de patiënt in een éénpersoonskamer om reden van besmetting van de omgeving.
     - Geen maatregelen indien de patiënt in een meerpersoonskamer verblijft.
     - Eénpersoonskamer om besmettingsredenen :
       - afzonderlijk materiaal
       - gedurende het verblijf : dagelijks gewoon onderhoud.
       - bij beëindigen van de inf. fase/of ontslag : groot onderhoud met :
         - Fenolaat : 0,5 %* (B)
         - Aldehyde : 0,5 %* (V)

   - Linnen : - in doorzichtige plastiek zak met gele streep.
     - manuele afvoer via witte container met groen deksel.

   - Afval : - in gele plastiek zak
     - plaats een vuilnisemmertje met gele plastiek zak naast het bed van de patiënt.
     - manuele afvoer via witte containers met rood deksel.

   - Instrumentarium : - bij voorkeur wegwerpmateriaal
     - niet disposable instrumenten in doorzichtige plastiek zak met gele streep naar de centrale sterilisatie.

   - Bedpan/Urinaal : - toewijzen aan de patiënt, huishoudelijk reinigen na gebruik.
     - 1x/week en bij ontslag onderdompelen in een Javeloplossing (300 ppm)* gedurende 1 uur.

   - Andere materialen/verzorgingsgerief : - zoveel als mogelijk aan de patiënt toewijzen.
     - bij verwijderen uit de kamer of bij ontslag :
       1) onderdompelen in javeloplossing (300 ppm)* gedurende 1 uur.
       2) opp. ontsmetting met alcohol 70°.
       3) naar centrale sterilisatie in doorzichtige plastiek zak met gele streep.

   - Eetgerei : disposable materiaal is noodzakelijk bij een onvoldoende persoonlijke hygiëne van de patiënt en bij het voorkomen van bloedingen t.h.v. mond- en keelholte.

- Naalden : - nooit de huls terug over de naald plaatsen, doch de naald van de spuit verwijderen in de daartoe bestemde container in de kamer van de patiënt. De volle container sluiten en in een gele zak deponeren voor manuele afvoer.

- Excreta/ Secreta : - contact vermijden. Geen ontsmetting voor verwijdering.
  - bij het morsen van lichaamsvochten, deze steeds onmiddellijk verwijderen met een wegwerphanddoekje met handschoenen aan, daarna ontsmetten met alc. 70°.

8. Transport van de patiënt naar andere diensten
   - toegelaten mits de andere dienst vooraf verwittigd wordt van het eventueel besmettingsgevaar.
   - Op alle aanvraag formulieren wordt het label "besmet" aangebracht met vermelding van de isolatiecategorie.
   - Isolatiekaart meegeven.

9. Labostalen
   - zowel de stalen als de bijhorende aanvraagbrieven worden voorzien van het label. De aanvraagbrief wordt aan de buitenkant van het zakje vastgemaakt.

10. Bezoek
    - geen maatregelen
    - bij een onvoldoende persoonlijke hygiëne van de patiënt, zelfde maatregelen als het personeel

11. Personeel
    - naaldprikongevallen vermijden door de huls van de naald niet opnieuw over de naald te brengen na gebruik, doch door de naald in de container te deponeren
    - bij prikongeval, onmiddellijk goed reinigen en ontsmetten met alcohol 70°. Melding bij de arbeidsgeneeskundige dienst.

3. Indikaties voor bloed/lichaamsvochten - voorzorgsmaatregelen : B = bacterieel
   V = viraal

   1. AIDS : Acquired Immunodeficiency Syndrome (V)
   2. Gele koorts (V)
   3. Babesiosis (parasitaire infektie ontsmetten zoals B)
   4. Creutzfeldt-Jakob ziekte
   5. Hepatitis B (met inbegrip van HBsAg antigeendrager) (V)
   6. Non A, non B hepatitis (V)
   7. Leptospirosie (B)
   8. Malaria (parasitaire infektie ontsmetten zoals B)
   9. Primaire en secundaire syphilis met huid- en slijmvlieslaesies (B)
   10. Rattebeetkoorts (B)
   11. Recurrente koorts (B) (V)

Commentaar i.v.m. HIV-besmetting

Het HIV (Human Immunodeficiency Virus) werd tot voor kort ook HTLV3 virus genoemd. Infektie door dit virus kan leiden tot AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom = syndroom te wijten aan immuundeficiëntie veroorzaakt door het virus). Besmetting door dit virus treedt vnl. op langs sexuele weg, door contaminatie met besmet bloed en tenslotte langs vertikale weg (transmissie naar de baby tijdens de zwangerschap).
Het is duidelijk dat binnen het ziekenhuis mogelijke transmissie zich dus beperkt tot besmet bloed.
Hierover volgende punten :

- alle bloed en bloedderivaten die vanuit de transfusiediensten vertrekken, worden (wettelijk verplicht) op antistoffen uitgetest.
  Recent wordt hieraan een antigeendetectie toegevoegd.
- uit omvangrijke studies uit de VS blijkt dat het HIV extreem weinig besmettelijk is via "prikongevallen" (in tegenstelling tot het hep. B virus).
  Tot op heden zijn slechts zeer sporadische gevallen bekend waarbij besmetting met HIV werd opgedaan na een prikongeval in een ziekenhuis.

PSYCHOSOCIALE ASPECTEN VAN AIDS :

HET BUDDY-SYSTEEM EN KORTE OPVANG

basis van de bijdrage van
mevrouw M. De Jongh,
The Foundation,
Diksmuidelaan 49-51,
1000 Brussel

PSYCHO-SOCIALE BEGELEIDING

Inleiding

Een aantal mensen loopt een verhoogd risico met het HI-virus besmet te worden. Een tijd lang had men het over risicogroepen: homoseksuelen, drugspuiters, prostitués en hemofiliepatiënten. Nu weten we dat dit weinig zin heeft: de hele bevolking wordt in min of meerdere mate met het probleem geconfronteerd. Met verhoogd risico wordt risicogedrag bedoeld – gedrag waardoor het bloed of sperma van een besmette persoon in de eigen bloedbaan terecht kan komen – en niet de groep waartoe iemand behoort.

Op dit ogenblik (cijfers van 30 juni '88, Instituut voor Hyghiëne en Epidemiologie) zijn in België 368 AIDS-lijders bekend. De helft daarvan is reeds overleden. Daarnaast zijn er 3462 seropositieve personen geregistreerd, maar dit cijfer moet met 10 vermenigvuldigd worden want de meerderheid werd (nog) niet getest. Alleen de top van de ijsberg is zichtbaar.
Het aantal slachtoffers kent een exponentiële vermeerdering, nl. een verdubbeling om de 10 maanden. Statistisch zal in december 1988 iedere Belgische huisarts één seropositieve patiënt in zijn praktijk hebben. Het lijkt dus niet overdreven te stellen dat AIDS omvangrijke maatschappelijke gevolgen met zich mee brengt, en dat nagenoeg iedereen geconfronteerd zal worden met situaties die een belangrijke psychische problematiek veroorzaken.

1. Maatschappelijke dimensie van AIDS

AIDS is meer dan een louter medische problematiek. Het is weliswaar een seksueel overdraagbare aandoening, die met risicogedragingen samenhangt en een grote kans op dodelijke afloop insluit, maar er zijn ook andere, niet somatische aspecten mee verbonden. De AIDS-psychose heeft nieuwe "virussen" in het leven geroepen: virussen met namen als "vooroordeel", "intolerantie" en "discriminatie". Het publiek wentelt zijn angsten het liefst af op zondebokken. AIDS is een stigmatiserende aandoening: sommigen noemen het "een vuile homoziekte", "een negerziekte", een "straf van God", etc ...

Waarom krijgt AIDS eigenlijk zo een brede maatschappelijke aandacht?
Een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) is op zich geen probleem meer dat grote maatschappelijke belangstelling verwekt. Dat het een ziekte is met een dodelijke afloop lijkt evenmin de huidige opwinding te verrechtvaardigen. Er bestaan immers nog andere terminale ziekten, en AIDS staat zeker niet hoog op de lijst van de meest voorkomende doodsoorzaken. Waarom dan wel?
Het samengaan van seksualiteit en dood kan een rol spelen. Dit is voor de huidige jongere generatie een nieuw gegeven. Tegen iedere SOA bestond tot op heden wel een pilletje of een spuitje, althans dat dacht men.
De disproportionele interesse voor AIDS zou wel eens het begin van een maatschappelijke reactie op de seksuele revolutie en de homo-emancipatie kunnen zijn.

Enkele voorbeelden:

— Een evangeliserend echtpaar in Nederland roept AIDS uit tot Straf van God voor een homoseksuele levenswijze, wordt daarvoor juridisch vervolgd en door een liberale senator AIDS toegewenst.

— Een r.k. bisschop verklaart op de televisie dat het bestaan van AIDS natuurlijk wel helpt om de seksuele moraal meer in de gewenste richting terug te buigen.

— De extreem-rechtse Franse krant "Minute": er is slechts één enkel land in de wereld waarvan de grenzen hermetisch gesloten zijn voor het HI-virus. Het gaat om het Paraguay van de dictator Stroessner, "waar AIDS en marxisme geen kans hebben".

De geschiedenis leert ons dat deze ontwikkelingen wetmatigheden vertonen. Ieder tijdperk en cultuur kent het zondebokfenomeen, vooroordelen, discriminatie, vervolging van minderheden, etc... Dit neemt niet weg dat de beeldvorming omtrent AIDS omvangrijke en soms bedenkelijke maatschappelijke gevolgen heeft:

- seksuele angsten en schuldgevoelens
- veranderingen in de seksuele moraal
- toenemende discriminatie van minderheden, die men risicogroepen noemt.
- ethische kwesties betreffende gezondheidszorg, testen, medisch geheim en informatieplicht, etc.

2. Psycho-sociale dimensie

Inleiding

De psyco-sociale dimensie van AIDS begint voor ons met de vraag van de cliënt/patiënt. Die vraag blijkt uit de praktijk te verschillen. Hij gaat van een niet te specifieren onbehagen (ik zie het niet meer zitten), tot concrete hulpvragen, die eveneens heel uiteenlopend kunnen zijn (ik heb iemand nodig om boodschappen te doen of te koken of ik wil een buddy van 1m80, blonde haren en blauwe ogen).
De vraag is of het buddy-systeem een antwoord probeert te bieden op een bestaande vraag, of dat zij zelf die vraag heeft opgeroepen. Dit geldt overigens voor de hele hulpverleningssector. Een aandachtspunt is erover te waken dat de hulpverlening niet een nieuwe opportunistische infectie wordt.
Er zijn verschillende mogelijke invalshoeken om op de hulpvraag in te gaan, die complementair te gebruiken zijn en elkaar niet uitsluiten. Het zijn instrumenten om een situatie te hanteren en waarvan gebruikswaarde afhangt van de situatie.

FASEN

De situatie van een AIDS-patiënt of een seropositieve kan men proberen beter te begrijpen door in het gedrag van de cliënt bepaalde **fasen** te onderkennen. Deze fasen vormen een reactiepatroon dat een richtlijn kan zijn voor het gedrag van de hulpverlener.

De reacties op het vernemen van een positieve testuitslag of de diagnose "AIDS" zijn veelal de normale reacties die optreden bij het vernemen, verwerken en accepteren van een groot verlies. Het betekent dat men de gezondheid heeft verloren, het lichaam zijn "reinheid" is kwijtgeraakt en je in de steek laat. Emoties en gevoelens als onzekerheid, ontkenning, opstandigheid, depressie, woede en angst zijn meest voorkomend.

*** Het rouwproces**

Onzekerheid

Het rouwproces begint doorgaans met een fase van voortdurend veranderende gemoedstoestanden. Momenten dat de cliënt zeker weet dat hij/zij erdoor zal komen, wisselen af met momenten van intense angst en droefheid. De cliënt heeft in deze fase behoefte aan een goede gesprekspartner bij wie hij/zij terecht kan en die in deze uiterst moeilijke situatie een belangrijke informerende functie heeft: de cliënt wil zekerheid verkrijgen, maar dan wel in gunstige zin. Het botweg ontnemen van enige hoop kan fatale gevolgen hebben.

Ontkenning

Vaak wordt de ernst van de problemen ontkend. Nadat seropositiviteit of AIDS geconstateerd is, blijven hoop en optimisme vaak zodanig overheersen, dat men de naderende dood niet onder ogen ziet. De betrokkene regelt bijvoorbeeld geen wilsbeschikking, maakt irrealistische plannen, onderneemt een massa aktiviteiten — vaak ten koste van zijn/haar reservekrachten — in een poging te bewijzen dat er niets aan de hand is.
Dit wil niet zeggen dat ontkenning als afweermechanisme per definitie negatief is. Ontkenning is een fase die in ieder rouwproces voorkomt. Vaak geeft zij mensen de kans hoopvol te blijven leven, en langzaam tot zichzelf te komen. Uit onderzoek blijkt dat terminale patiënten die met succes ontkennen niet alleen hun angst verminderen en hun hoop stimuleren, maar vaak ook langer blijven leven.
Anderzijds kan ontkenning gevaarlijk zijn: een positieve testuitslag die wel aanhoord maar niet verwerkt wordt, staat erkenning van de gevolgen — voor de eigen toekomst, seksualiteit, zwangerschap, etc. — in de weg.
Soms leidt ontkenning tot isolement: men neigt ertoe zich uit de realiteit terug te trekken, dikwijls met (auto-)destructief gedrag zoals overmatig alcohol- of druggebruik.

Opstandigheid

De opstandigheid is het sterkst in de periode kort nadat de patiënt inziet dat de diagnose onomkeerbaar is, of dat zijn/haar ziekte fataal zal aflopen. Zij manifesteert zich op velerlei wijzen: tegen artsen, verplegenden, bepaalde familieleden en vaak ook tegen de maatschappij in het algemeen.

Depressie

Binnen afzienbare tijd dreigt het leven verloren te gaan. Daar komt de angst partner, familie of vrienden te verliezen bij. Naarmate de werkelijkheid doordringt, ontstaan verdriet, moeheid, prikkelbaarheid, emotioneel onevenwicht, huilbuien, etc. Deze depressieve gevoelens wisselen vaak met uitbarstingen van boosheid af.
Depressie is te beschouwen als onderdeel van een rouwproces, een normale reactie waarmee de mens een verlies verwerkt. Voorwaarde om van een normale reactie te kunnen blijven spreken, is dat het proces in de tijd beperkt blijft en naar een uiteindelijke aanvaarding van de situatie evolueert.

Het rouwproces wordt ziekelijk wanneer het in een bepaalde fase stopt en deze fase blijft aanslepen. De depressie begint dan een eigen leven te leiden. Ernstige depressies gaan vaak met lichamelijke verschijnselen zoals eetlustvermindering gewichtsverlies en angstsymptomen gepaard en kunnen uiteindelijk tot ofwel zelfmoord, of tot de meest diepe vorm van depressie, de melancholie, evolueren.

Aanvaarding

Aan het einde van een gezond rouwproces wordt langzaam het psychische evenwicht hersteld, het geleden verlies als werkelijkheid geaccepteerd en in het leven geïntegreerd.

Factoren die de verwerking van de diagnose seropositief of AIDS bemoeilijken

*** Sociale isolatie**

Een veel voorkomende consequentie van de diagnose is een emotionele en sociale isolatie van de patiënt.
- Onbekendheid met de ziekte doet de omgeving afstand nemen, uit vrees voor besmetting. De seropositieve of AIDS-patiënt is hier heel gevoelig voor en zal soms zijn omgeving hierop testen. Bijv. een seropositieve die een sigaret aanbiedt, ze zelf aansteekt en overhandigt terwijl hij de andere strak in de ogen kijkt. Of die ene keer dat een seropositieve nog eens uitgenodigd wordt op een feestje, dat dan plots een "amerikaans feestje" blijkt te zijn, met kartonnen bekertjes en bordjes...

- De ziekte wordt vaak geassocieerd met wisselende, veelvuldige seksuele contacten of met druggebruik. Bijv. de seropositieve drugverslaafde die zich onmiddellijk en duidelijk affirmeert als zodanig, om vooral niet als homo versleten te worden. De door transfusie besmetten mensen (en wie gaat dat ooit achterhalen?) krijgen plots een heel ander en comfortabeler statuut.

- Homoseksuele patiënten waren dikwijls al tevoren als dusdanig gestigmatiseerd zodat de band met hun familie slecht of zelfs helemaal verbroken was.

- Irrationele veiligheidsmaatregelen tegen besmetting, zoals in plastic verpakte ambulanciers of verzorgers, geven de patiënt het gevoel een melaatse te zijn. Zij hebben zonder dat reeds het gevoel dat het woord AIDS op hun voorhoofd getatoueerd staat.
- Schuldgevoelens en schaamte zetten aan tot een terugtrekkingsreflex of isolement. Bepaalde patiënten hebben het moeilijk om hulp te vragen. Schuld- en schaamtegevoelens bij de familie van de patiënt brengen hen er toe de patiënt in de steek te laten, of leiden tot een overbeschermende houding, die evenzeer isolerend en zelfs verstikkend is.

*** Angst voor lichamelijke aftakeling**

Voor sommige patiënten wordt het onderzoeken van hun lichaam op mogelijke ziekteverschijnselen een ware obsessie. Een klein vlekje of een banale verkoudheid kunnen paniek veroorzaken. Zelfs al zijn er nog geen symptomen merkbaar, toch blijft de angst voor aftakeling aanwezig. AIDS is immers een ziekte met een grillig verloop en verwoestend effect, en de angst berust op het gebrek aan voorspelbaarheid en controle.

*** Angst voor afhankelijkheid**

Angst voor afhankelijkheid komt voor bij elke ernstige ziekte. Bij AIDS staat deze nog meer op de voorgrond door de gemiddeld jonge leeftijd van de patiënten.
Soms reageren patiënten op dit controleverlies met opstandigheid en agressie, waardoor ze al vlug het etiket "lastige patiënt" krijgen opgeplakt.

* **Angst voor sterven**

Het ziekteverloop vertoont veel gelijkenis met dat van kanker, maar toch zijn er enkele belangrijke verschillen aan te duiden:

* Kanker wordt beleefd als een ziekte die iemand overkomt, terwijl AIDS gepaard gaat met schuldgevoel. Je hebt "jezelf" besmet.

* Door de sociale isolatie verloopt alles in een veel kleinere kring van zorgen-verstrekkers en eventueel familieleden, waardoor de emotionele last groter wordt.

* Vanaf het uitbreken van de ziekte weet men dat de "tijdbom" eindelijk is beginnen tikken, en er geen hoop op genezing is.

* De ziekte verloopt vaak in een overrompelend snel tempo. Tussen het uitbreken van de eerste symptomen en het sterven liggen gemiddeld achttien maanden.

* Bijkomende stress kan voortspruiten uit het feit dat de seksuele partner soms ook besmet of reeds overleden is, of dat de partner niet besmet is, en er problemen zijn met condoomgebruik.

Het doorlopen van verschillende emotionele stadia in het verwerkings- en acceptatieproces van het besmet zijn, is als normaal en noodzakelijk te beschouwen. Men lette op het bestaan van problemen die het rouwproces negatief kunnen beïnvloeden of blokkeren, opdat gerichte hulpverlening en ondersteuning kan worden geboden. Extra aandacht dient te worden gegeven aan het bijsturen van riskante leefstijlen en de noodzakelijke ondersteuning of hulpverlening daarbij. Het inschakelen van buddies kan aangewezen zijn. Hier komen we later nog op terug.

SYSTEEM

Een complementaire manier om de cliënt te benaderen, is hem te zien als deel van een **systeem**. Dit betekent dat het voornaamste aanknopingspunt is de wijze waarop het systeem van de cliënt de diagnose integreert. Het principe van een systeem is dat het altijd naar een evenwicht zoekt.
De diagnose seropositiviteit brengt het systeem echter uit evenwicht (bijv. familie praat niet meer met betrokkenen; ze worden niet meer uitgenodigd op feestjes).
Door de tijd heen heeft een systeem bepaalde mechanismen ontwikkeld om een onevenwicht te herstellen. We zien vaak dat de reeds bestaande oplossingspatronen niet afdoende werken om de verstoring die deze diagnose betekent op te vangen. Een systeem kan proberen op een eerder pathologische manier zich in evenwicht te houden (bijv. zich steeds herhalende crississen, alcohol, zelmoordpogingen, enz...)
De hulpverlener kan zich richten op deze mechanismen, de communicatie en de interactiepatronen binnen het systeem waarvan hij onvermijdelijk zelf deel van uitmaakt en proberen leefbaardere oplossingen op te roepen.

SUBJECT

We kunnen ook het **subject** zelf prioritair stellen, d.w.z. een subject met een verlangen, eigen fantasmes en verwachtingen die door de diagnose seropositiviteit of ARC op een verregaande wijze en meestal op een onverwacht moment omvergeworpen worden. Hij/zij krijgt een tijdbom aangereikt waarvan niet geweten is wanneer en of deze zal afgaan. Dit kan een reden zijn om er mee door te gaan: de medische wetenschap blijft tot nu toe het antwoord schuldig en laat daardoor plaats voor hoop.
Dit heeft als gevolg voor de psycho-sociale hulpverlening dat zij niet enkel met de cliënt te maken heeft, maar steeds met het koppel cliënt-dokter. De cliënt weet dat hij van de hulpverlener niet het antwoord kan verwachten dat hij wil krijgen: een remedie, of paradoxaal genoeg het bericht dat de tijdbom uiteindelijk is afgegaan, zodat er een einde komt aan de onzekerheid. De psycho-sociale hulpverlening begint waar de medicus ophoudt: zij heeft steeds voor zich de cliënt die op zijn/haar manier omgaat met de uitspraken van de arts.

2.1. Ondersteuning en Hulpverlening

Vóór de antistoffentest

Vóór de antistoffentest moet gepeild worden naar de reden van de aanvraag, het liefst in een apart gesprek. Vaak volstaat degelijke informatie over risicogedrag, en moet de test niet eens gebeuren. Wanneer er toch getest wordt, moet de aanvrager weten wat de waarde en geldigheid van een negatieve testuitslag zijn, en moet hij/zij degelijk op een mogelijk positieve uitslag voorbereid worden.

Na de antistoffentest

De testuitslag, of die nu positief of negatief is, moet altijd door een ondersteunend en raadgevend gesprek worden gevolgd zodat de eerste gevoelens tot uiting kunnen komen. Opvangmogelijkheden in geval van seropositiviteit moeten besproken, afspraken over de zonodig in te schakelen hulp gemaakt worden. Verwijzing naar hulpverlening gebeurt door het meegeven van de relevante dossiergegevens. Vervolgafspraken kunnen nodig zijn.

Mensen die seropositief zijn.

Mensen die seropositief zijn vormen een groep die slechts één ding gemeen heeft: allen hebben antistoffen tegen het HI-virus. Het zijn mensen met kleine en grote problemen, zoals iedereen die heeft. Zij verkeren in goede gezondheid, en verschillen in geen enkel opzicht van de rest van de bevolking.
De seropositiviteit kan wel de reeds bestaande problemen extra in de verf zetten en er zo een complexer geheel van maken. Mogelijkheden: seropositieven praatgroep, individuele counseling.

2.1.1. AIDS-PATIENTEN: DE NOODZAAK VAN EEN BUDDY-SYSTEEM

1. DE ZIEKTE
Het HI-virus veroorzaakt ziekten met een grillig verloop. Fasen van ernstig ziek-zijn wisselen af met periodes van vrijwel normaal functioneren, hoewel grosso modo de conditie geleidelijk afneemt. Vandaar de wens de ziekenhuisopnamen tot het noodzakelijke te beperken en de patiënt zo lang mogelijk in het thuismilieu te laten verblijven, waarbij in eerste instantie de levenspartner of de familie zullen worden aangesproken. In onze samenleving kan dit thuismilieu zijn taak maar aan als het voldoende ondersteuning krijgt. We denken hierbij aan thuisverpleging, poetsdiensten, etc. In deze situatie kan toewijzing van buddies geïndiceerd zijn, een vorm van vrijwilligershulp gericht op praktische en emotionele steun. Is er thuis vrijwel geheel geen opvang mogelijk, wordt inschakeling van een buddy de meest aangewezen maatregel. Op deze manier kan de patiënt langer professioneel actief blijven zonder een financiële last voor de gemeenschap te worden.

2. DEPRESSIES
Diverse onderzoekers wezen op het relatief groter aantal ernstige depressies en suïcidaal gedrag bij AIDS-patiënten in vergelijking met andere patiënten. Mogelijke verklaringen zijn de gemiddeld jonge leeftijd van deze patiënten en het verband tussen ziekte en risicogedrag, wat tot schuld- en schaamtegevoelens kan leiden. Daarom hebben AIDS-patiënten een specifieke psycho-sociale opvang nodig. Het is duidelijk dat preventie van deze ernstige depressies van primordiaal belang is en voor de gemeenschap kostenbesparend werkt.

3. KOSTENBESPAREND
Studies in het buitenland wezen uit dat de behandeling van een AIDS-patiënt 1 miljoen frank per jaar of meer kan kosten. Een grote post hierin zijn de ziekenhuisopnames. Wat België betreft kunnen we alleen een hypothese opstellen: aan een gemiddelde ligdagprijs van 4000 fr per dag,

zou één patiënt, per jaar dat hij gehospitaliseerd is, 1 460 000 fr kosten. De prognose van een *uitgesproken* AIDS-patiënt, d.w.z. vanaf het optreden van opportunistische infecties of Kaposi-sarcoom, is gemiddeld 18 maanden. Zonder gespecialiseerde begeleiding wordt deze periode grotendeels in het ziekenhuis doorgebracht.
Het is een realistisch streefdoel deze opnametijd tot de helft te beperken. De te realiseren besparing situeert zich dan tussen 800 000 fr en 1 000 000 fr per patiënt. Het hoeft geen betoog dat deze financiële gegevens de menselijke realiteit maar gedeeltelijk weergeven.

4. PREVENTIEF ASPECT
a) De buddies krijgen een medische voorlichting over zowel besmetting en preventie als over het ziekteverloop zelf. Niet alleen bij de patiënt maar ook bij de vrijwilliger is gedragsverandering een gewichtig streefdoel om uitbreiding van de epidemie tegen te gaan.

b) Besmette personen die zich uitgestoten voelen, kunnen vanuit een gevoel van rancune elk verantwoord gedrag overboord zetten. Het buddy-systeem biedt een geschikte mogelijkheid om een dergelijke rampzalige evolutie te voorkomen waar dwangmaatregelen praktisch en ethisch onuitvoerbaar zijn en meestal een omgekeerd effect sorteren.

c) Een onbecijferbaar gegeven tenslotte is de invloed die buddies op hun omgeving uitoefenen. Doordat zij goed geïnformeerd zijn en in aanraking komen met de harde realiteit van de AIDS-epidemie worden zij vaak ongevraagd de pleitbezorgers voor een gedrags- en mentaliteitsverandering in hun familie, vriendenkring en werkomgeving.

HET BUDDY-SYSTEEM IS AANVULLING OP BESTAANDE HULPVERLENING

1. VRAAG
We benadrukken dat we een materiële en psycho-sociale opvang willen bieden, als *aanvulling* op de professionele medische en psychologische verzorging en preventie.
Het buddy-systeem kan een antwoord zijn op:
a) isolatie
b) een overbelasting van de omgeving
c) praktische ondersteuning (vgl een cliënt die een buddy vraagt en geen thuisverzorging, sociaal assistent of sociaal verpleging; of die voorgaande hulp wel vraagt én een buddy wil).
Het systeem is omwille van de lange termijn opvang bedoeld voor mensen die in het ARC of AIDS stadium zijn.

De grenzen van het systeem zijn slechts bij benadering aan te geven: als de isolatie bijv. uitmondt in een depressie, is professionele hulpverlening aangewezen en dient er doorverwezen te worden. Het doorverwijzen van seropositieven is niet altijd even gemakkelijk (V-diensten, groot ziekenhuis in onze hoofdstad, enzo).
Bij verontachtzaming van fysieke symptomen, moet er doorverwezen worden naar de arts, die in de hele AIDS-zorg volgens ons een sleutelpositie inneemt.
Er zijn dus situaties (bijv. relatieproblemen, die er ook al voor de seropositiviteit bestonden) die de draagkracht van het systeem als zodanig overstijgen en waarvoor doorverwezen moet worden.

2. AANBOD
Het belangrijkste is een luisterende aanwezigheid aan te bieden.
Het is belangrijk dat de cliënt weet dat hij/zij op iemand kan rekenen, bij wie hij/zij terecht kan. Buddy-zijn is niet gebonden aan vaste uren. Er wordt telefonisch contact gehouden en de vrijwilliger komt regelmatig op bezoek bij de cliënt. De buddy helpt de cliënt bij het (her)opnemen van de eigen verantwoordelijkheden.

Praktische hulp bij eventuele verplaatsingsproblemen, boodschappen, huishouding enz. Desgewenst hiervoor een bestaande organisatie, zoals bvb. een poetsdienst of maaltijddienst, inschakelen.
Signaleren van problemen die een professionele begeleiding vragen, en deze doorverwijzing dan ook bespreken met de cliënt.

De grenzen van de buddy-cliënt relatie worden bepaald door de aard van de relatie enerzijds en door de gestelde vraag anderzijds.
De relatie is idealiter gebaseerd op vertrouwen. Ze lijkt op een vriendschapsrelatie, met dit verschil dat er niet vrijwillig voor elkaar gekozen is, en dat de buddy een zekere emotionele afstand bewaart.
Bij de gestelde hulpvraag moet men steeds rekening houden met de vraag achter de vraag. Die is voor de cliënt zelf al niet altijd duidelijk, laat staan voor de buddy.
Het buddy-systeem neemt dus een eigen plaats in de zorg van de AIDS-patiënt. Het heeft geen therapeutische roeping.
Het streefdoel is herstel van de controle over het eigen leven, in weerwil van de ziekte, zonder een nieuwe afhankelijkheid (een opportunistische infectie?) te scheppen. Een pertinente vraag is of het binnen deze visie wenselijk is het buddysysteem gratis aan te bieden.

UITVOERING VAN HET BUDDY-SYSTEEM
Ten einde de buddies voor te bereiden op hun taak heeft The Foundation een opleiding georganiseerd. Volgende onderwerpen werden daar behandeld:

- ***medische informatie*** over ziekteverloop, besmetting en preventie
- ***stervensbegeleiding*** en eerste contact met de cliënt
- wat betekent het ***seropositief*** te zijn? Cliënten (anoniem) vertellen over hun ervaringen.
- wat is de ***taak van een buddy***?
- het ***contract*** tussen buddy en The Foundation.

De positie van de buddy ten aanzien van problemen als zelfmoord, euthanasie, geheimhouding en seksualiteit worden contractueel vastgelegd. Er is een groepsverzekering afsloten.

- ***Intervisie*** en ***supervisie***.

Gedurende de ***intervisie*** ligt de nadruk op de patiënt-buddy relatie. De vraag van de cliënt en het beste antwoord erop komt aan bod. De eventuele noodzaak van doorverwijzing naar specifieke, professionele hulpverlening wordt besproken.
De buddies wisselen hun ervaringen uit. Bij problemen wordt er binnen deze groep naar oplossingen gezocht. Deze permanente bijscholing wordt grotendeels door de buddies ingevuld: zij signaleren problemen die met de staf besproken worden. Aparte bijscholingsavonden worden ingericht aan de hand van de vragen die een diepergaande behandeling vergen.

Gedurende de ***supervisie*** ligt de nadruk op de vrijwilliger: hoe gaat hij/zij om met bepaalde ervaringen, in welke mate wordt zijn/haar privéleven erdoor beïnvloed. Deze *individuele* opvang is onontbeerlijk om psychologische ontreddering van de buddy te voorkomen.

Intervisie en supervisie zijn het werk van een ***professioneel team***, bestaande uit een dokter, een klinisch psycholoog, een pedagoge en een maatschappelijk assistent die hun ervaring desgevallend ook aan individuele patiënten in een noodsituatie ter beschikking kunnen stellen.

DE BUDDIES
Aantal: 23 (cijfer van sept. '88), evenwichtige verdeling man/vrouw en homo/hetero.
Verspreid over het Vlaams landsgedeelte.
Acief zijn er 10, met 8 cliënten (cumulatieve getallen).

2.1.2. OPVANG VAN KORTE TERMIJN

1. VRAAG

We hebben ervaren dat onze intake-procedure lacunes vertoont, met name als de patiënt in een crisismoment zijn/haar aanvraag doet. Een crisis is per definitie een situatie met een begin en een einde, en een buddy is daar niet het gepaste antwoord op. Een buddy is iemand die de laatste levensfase meemaakt met de patiënt. Beiden hebben de tijd aan elkaar te wennen en een vertrouwensrelatie op te bouwen. Binnen die relatie kan een buddy zijn/haar pupil natuurlijk opvangen in crisismomenten, maar het is niet zijn/haar eerste taak.

We krijgen vaak aanvragen van mensen die bijvoorbeeld net de diagnose seropositiviteit hebben gekregen, of anderen die al een paar maanden of jaren weten dat ze seropositief zijn en die door een ziekte of andere oorzaak ineens een inzinking krijgen. Onze ervaring is dat deze mensen een opvang nodig hebben gedurende een korte periode van 1 à 2 maanden, waarin ze intensief op iemand kunnen rekenen. Het zijn mensen die een goede medische prognose hebben en voor wie het buddy-systeem in eerste instantie niet de oplossing is.

2. AANBOD

Om iets aan te bieden hebben we het idee opgevat vrijwilligers op te leiden die gedurende een korte, afgelijnde periode een opvang verzekeren, waarna indien nodig doorverwezen kan worden. In dat stadium kan alsnog een buddy toegewezen worden.
De vrijwilligers werden voor de eerste opleiding gerecruteerd uit ons buddy-bestand enerzijds, en uit bekenden met een opleiding of ervaring in dat domein anderzijds.

De vrijwilliger biedt tijdens een vooraf bepaalde periode een intensieve opvang en een grote beschikbaarheid. Geen dringende hulpverlening die onmiddellijk ter plaatse is, maar iemand die luistert wanneer de cliënt belt en eventueel voor een later tijdstip een afspraak maakt.
Het uitgangspunt is dat de cliënt slechts tijdelijk het roer kwijt is, en na een tijdje weer een beroep zal doen op de eigen natuurlijke omgeving. De vrijwilliger is daar om zichzelf overbodig te maken.

OPLEIDING VRIJWILLIGERS KORTE OPVANG

Een intensieve cursus "crisisinterventie".
— het begrip "psychische crisis".
— hoe kun je je engageren in een acute situatie?
— hoe kun je het systeem inschakelen? (iedereen staat in wisselwerking met zijn of haar omgeving [het systeem]. Hoe kan de vrijwilliger deze natuurlijke hulpbronnen aanboren?)

HOE VERWIJZEN?

De verwijzer:
het aanbod van The Foundation voorstellen aan iedereen die seropositief of ARC-/AIDS-patiënt is. Wij zijn bereid zelf te komen om ons aan uw dienst voor te stellen, om kennis te maken met de cliënt (indien hij of zij dit wenst), of om onze interventies te evalueren.

De aanvrager:
de cliënt, of zijn/haar naaste omgeving, neemt persoonlijk contact met The Foundation.
De werkwijze is dan als volgt: we gaan naar de aanvrager toe om de hulpvraag te bespreken. We stellen het buddy-systeem voor en gaan na of een buddy een antwoord kan zijn op de vraag.
Zo ja brengen we buddies met de cliënt in contact.
Zo niet, is een korte opvang mogelijk, of een doorverwijzing naar andere intiatieven (seropositievengespreksgroepen, individuele therapie, sociale opvang) of staking van de interventie.
Door haar ervaring kan The Foundation soms (telefonisch) helpen bij het oriënteren naar andere dan psychosociale zorgen (tandarts, pedicure etc) en het bestrijden van discriminatie.

basis van de bijdrage van
dhr. Maarten Van Doorninck
PreventieProject Drugs,
Amsterdam (NL)

Gewenst gedrag in stappen

Informatie geven is een belangrijk onderdeel van voorlichting. De voorlichter wil dat de voorlichting effect heeft, meestal dat de voorgelichte zijn gedrag verandert.
Mensen zijn echter lang niet altijd ontvankelijk voor de boodschap. En als ze de informatie hebben begrepen zijn ze het er misschien nog niet mee eens. Zelfs als de voorgelichte dat wel is, wil dat nog niet zeggen dat hij dat verstandige, gewenste gedrag aanneemt. Zeker bij een gevoelig onderwerp als aids dient voorlichting een zorgvuldig proces te zijn.

Aids is een ernstige ziekte die voorlopig alleen via voorlichting en preventie bestreden kan worden. Het is een ziekte waarvan besmetting voorkomen kan worden door een aantal gedragsadviezen op te volgen. In die zin is het een vrij eenvoudig verhaal. De algemene boodschap van de voorlichting is:

Zorg dat je een aantal riskante handelingen vermijdt. Als je dat goed en consequent doet is er voor jou en voor anderen geen vuiltje aan de lucht.

Ook het formuleren van adviezen voor veilig gedrag is niet moeilijk:

- Als je seksueel contact hebt met meerdere partners of als je dit in de afgelopen vijf à zes jaar gehad hebt, moet je "veilig vrijen". Dat geldt ook voor degene waar je seksueel contact mee hebt.
- Als je jezelf injecteert mag je nooit de spuit van een ander gebruiken. Neem telkens een schone spuit en leen je spuit niet aan een ander. Hulpmiddelen bij het injecteren moet je ook met niemand delen.
- Als jij of je partner ooit spuiten hebt gedeeld is veilige seks ook geboden.
- Bij zwangerschap kan het virus voor, tijdens of na de geboorte (misschien via moedermelk) overgedragen worden op het kind. Laat je testen als je risico hebt gelopen en een kind wil.
- Wees voorzichtig met het bloed van anderen.

Als iemand zich aan deze adviezen houdt is besmetting uitgesloten. Het HIV kan immers alleen overgedragen worden tijdens bloed-bloed- of spermabloed-contacten en vermoedelijk via moedermelk.

Tot zover is het dus niet erg ingewikkeld, zij het dat het voor iemand moeilijk is gedrag te veranderen als hij daaraan gehecht is. Als je gewend bent zonder condoom te vrijen zal het niet meevallen daarmee te beginnen. Daarvoor is seksualiteit toch een te intiem en moeilijk bespreekbaar onderwerp. Ook "veilig (drug)gebruik" is niet één-twee-drie een vaste gewoonte. Verslaving is een taboe. Gebruikers zijn zelf vaak ontevreden met hun verslaving. Alleen al daarom is het

voor hen een flinke stap om op tijd een schone spuit te regelen.
Werken aan gedragsverandering dient een zorgvuldig proces te zijn. Een proces waarbij een aantal stappen te onderscheiden zijn.

Bereidheid

Iemand moet weten dat de voorlichting hem aangaat en bereid zijn er aandacht aan te besteden. Bij een druggebruiker die meent dat Aids een homo-ziekte is, zal die bereidheid niet vanzelfsprekend zijn. Ook als de bedreiging te groot wordt ervaren zal afweer, in de vorm van ontkenning, kunnen ontstaan om de angst te reduceren. Als een hulpverlener vindt dat de gebruiker zich de voorlichting moet aantrekken zal hij ruim aandacht moeten besteden aan het feit dat het onderwerp bij de gebruiker niet op de agenda staat. Hij zal de argumenten van de gebruiker, om zich de voorlichting niet aan te trekken, goed moeten verkennen. Eventueel kan hij de gebruiker daarna met die informatie confronteren die voor agenderen pleit. Bij de druggebruiker die denkt dat Aids alleen bij homo's voorkomt zal dat verhaal anders zijn dan bij iemand die stikt van de angst.

Omdat HIV sluimerend in het lichaam aanwezig kan zijn en omdat dit in kringen van gebruikers bekend is zal een gelaten reactie in de trant van "vast toch al te laat" ook kunnen voorkomen.

Houding

Iemand verandert zijn gedrag pas als hij beseft dat dit wenselijk is. Daarbij zal hij een afweging maken van de voor- en nadelen van het gewenst en het niet-gewenst gedrag.
Bij deze fase van attitude-verandering hoort ook een inschatting van de effectiviteit van de voorzorgsmaatregelen. We gaan er van uit dat in de eerste fase het besef is ontstaan dat Aids een bedreiging is en dat de kans "getroffen" te worden aanwezig is. Als de gebruiker inschat dat hij nog niet besmet is, zal hij moeten overdenken hoe hij dat zo kan houden. Meestal zal een gebruiker, als hij ooit riskante handelingen heeft verricht, daar niet zeker van zijn. Hij weet dan niet of hij wel of niet besmet is. Ook als iemand sero-positief is, is veilig gedrag gewenst. Om anderen te beschermen, maar ook om herbesmetting te voorkomen. Of hij echter altijd evenveel vertrouwen zal hebben in de effectiviteit is de vraag. De onzekerheid kan bij tijd en wijlen een paniekerig karakter krijgen. Alleen al daarom kan de gebruiker periodes van moedeloosheid doormaken. Zijn stemming kan sterk wisselen. Een verslaving of een strijd met die verslaving kan dat verergeren.

Een andere houding zou tot een ander, gewenst gedrag moeten leiden. Voorwaarde is dat de mogelijkheden voor ander gedrag aanwezig zijn, condooms en schone spuiten moeten beschikbaar zijn. Ook is het belangrijk dat de omgeving de verandering ondersteunt (of anders dat de gebruiker weerstand kan bieden aan de omgeving). Als aan die voorwaarden niet is voldaan en de voorgelichte denkt dat gewenst gedrag moeilijk is, kan hij "weigeren" zijn houding te veranderen. In dat geval heeft het natuurlijk weinig zin om de informatie te herhalen. Er zal gewerkt moeten worden aan het wegnemen van de weerstanden tegen het gewenst gedrag.

De omgeving

Zoals hiervoor al gezegd speelt de omgeving van de gebruiker een grote rol bij de gedragsverandering. Een mogelijkheid is om de omgeving ook te bewerken opdat zij de verandering steunen. Er kan actie ondernomen worden om bijvoorbeeld de partner ook tot veilige seks te bewegen, om in de scene de norm "veilig gebruik" te promoten of om de familie te mobiliseren om een afkickproces te ondersteunen. Als steun uit de sociale omgeving niet verwacht kan worden is het nodig dat de gebruiker de negatieve invloed van de omgeving kan weerstaan. Hij zal moeten beseffen welke invloed de omgeving heeft en vastberaden zijn om aan zijn plannen vast te houden. Minder wenselijk is het, maar soms nodig, om de sociale omgeving (tijdelijk) af te schaffen, bijvoorbeeld door hem tijdelijk bij andere familieleden onder te brengen. De contacten met de omgeving zullen in geval van het gebruik van verslavende middelen nooit alleen over aidsvoorlichting gaan. De aidsvoorlichting en gedragsverandering is daarom altijd onderdeel van de hulpverlening bij de verslaving zelf.

De mogelijkheden

De gedragsverandering zelf zal mogelijk moeten zijn. Als er in de hele stad geen schone spuit te krijgen is, is veilig gebruik een illusie. Het opjagen van gebruikers of het afpakken van schone spuiten door de politie verbetert het klimaat ook niet. Als spuiten in de scene taboe is zal een openbare spuitenruil ook geen oplossing zijn. En als iemand condooms vooral lastig vindt, zal hij niet snel een drogist binnen gaan, laat staan dat hij in een wachtkamer een pakje trekt. Het regelen van voorzieningen is daarom een onmisbare aanvulling op voorlichting, het maakt de preventie pas compleet. Zeker voor gevoelige onderwerpen als spuiten en seks is creativiteit bij het bedenken van laagdrempelige voorzieningen nodig.

Het vasthouden

We doen even net alsof de gedragsverandering in de loop van deze bladzijden een feit is geworden. Prachtig. Zeker in de verslavingszorg weten we echter dat het nog een hele kunst is om mensen te helpen hun nieuwe en gewenste gedrag te laten consolideren. Daarvoor is het nodig tijd te nemen om de ervaringen van de cliënt te bespreken. Een sneer van de partner, een vroegtijdig afgegleden condoom of een te slordig voorbereide injectie kan vele mooie plannen in het honderd laten lopen. Het bestendigen van de gedragsverandering vraagt zeker ook de nodige aandacht.

(uittreksel uit het werkschrift voor hulpverleners "Maak er veilig gebruik van - achtergronden en tips voor aids-voorlichting in de Surinaamse drugscène ; uitgave NIAD, Nederland)

PREVENTIEMOGELIJKHEDEN IN DE RESIDENTIELE ZORG VOOR DRUGGEBRUIKERS

gebaseerd op de bijdrage van
dhr. Rudy Bracke
Therapeutische Gemeenschap De Kiem
Moortselestraat 78
9259 Oosterzele

De T.G. "De Kiem" heeft een duidelijke risicopopulatie, gekenmerkt door spuitgedrag (illegale drugs) en onverantwoord sexueel gedrag.

De preventie richt zich niet alleen naar de cliënt (bewoner), maar ook naar de hulpverlener.

In 1986 werd een strategie uitgewerkt, waar alle personeelsleden (ook administratief en onderhoudspersoneel) achter stonden.

Dit omvatte een voorlichting met discussie, over "Wat is AIDS ?", de angsten en de twijfels bij het personeel.

Deze activiteit werd sindsdien hernomen, o.a. door nieuwe gegevens uit de wetenschap en wegens nieuw personeel.

Volgende afspraken werden gemaakt :

- alle risicobewoners worden gescreend (geruststelling voor de hulpverleners) ;
- de bewoners kunnen terugvallen op de basisregels (geen gebruik en geen sexueel verkeer in huis).
  De mogelijkheden tot besmetting blijft echter via bewoners die regelmatig buitenshuis gaan (herscreening gebeurt niet) ;
- de belangrijkste preventie blijft : praten over risicogedrag en de beleving van vroeger risicogedrag ;
- er is een algemene cyclus G.V.O. (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding), die alle drie à vier maanden herhaald wordt.
  Hierin is de AIDS-problematiek opgenomen als een van de noodzakelijke aandachtspunten. Naast E.H.B.O., roken, C.P.R., tandhygiëne, enz., wordt AIDS in één adem genoemd met hepatitis B.

Het accent ligt vnl. op hygiëne, orde en netheid. Alles wordt zo gewoon mogelijk voorgesteld.
Specifiek rond het AIDS-thema, werkt men o.a. met :
- info AIDS, via video ;
- bespreking met huisarts ;
- groepsbesprekingen ;
- ludieke benadering, via sketches ;
- medewerking aan de AIDS-folder van V.A.D. (zie elders in deze bundel) : slogans op de folder, verspreiding.

Momenteel zijn er nog geen seropositieven in het huis. In de veronderstelling dat er een seropositieve binnenkomt, wordt de strategie : geen chaos en een zekere uniformiteit. Als vergelijkingspunt nemen we een hepatitis-patiënt :

1. screening ;
2. op de hoogte gebracht ;
3. komt in de groep, met bereidheid afspraken na te leven (eigen bestek, afzonderlijk W.C.).

Twee mensen uit de leefgroep en een uit de staf bewaken dit proces.

PREVALENTIE VAN HIV-BESMETTING BIJ GEBRUIKERS VAN ILLEGALE DRUGS IN VLAANDEREN : ENQUETE BIJ DE HULPVERLENINGSINSTELLINGEN, VOOR DE EERSTE HELFT VAN 1988

Rudi Peeters
Paul Van Deun

Een specifiek risico voor wie intraveneus gebruik maakt van illegale drugs, zoals amfetamines, cocaïne of heroïne, wordt gevormd door het gebruik van met HIV besmette naalden, spuiten of lepeltjes bij het in de ader toedienen van de drug. Dit risico doet zich voor wanneer een druggebruiker dergelijk "materiaal" leent van of deelt met een andere (potentieel seropositieve) druggebruiker.

Het besmettingsrisico is niet gering. Intraveneuze cocaïnegebruikers injecteren zich soms tot achtmaal per dag. Heroïnegebruikers dienen zich soms vier- tot zesmaal per dag een intraveneuze dosis toe. Qua risico op HIV-overdracht komt dit overeen met vier tot acht keer per dag riskant sexueel contact (d.i. met een potentieel seropositieve partner).

Door de hoge individuele frequentie van het risicogedrag bij de drugspuiter kan het virus HIV zich, wanneer het eenmaal geïntroduceerd is, bijzonder snel verspreiden binnen deze subgroep van de bevolking.

Volgens een recent artikel in "Hera" (jaargang 1, nummer 1), het tijdschrift van IPAC (InterProvinciaal AIDS-Coördinaat in Vlaanderen), is niet minder dan 20 % van de 9930 AIDS-gevallen, die op 31 december 1987 gemeld werden in Europa, toe te schrijven aan intraveneus gebruik van drugs. (Hierin zijn dan nog de homosexuelen die tevens intraveneus drugs gebruiken niet opgenomen.) Bij de vrouwelijke AIDS-patiënten is het percentage waarbij intraveneus druggebruik als besmettingsoorzaak kan worden aangenomen zelfs gelijk aan 51,5 % !

Evenals bij de algemene bevolking is ook bij (al dan niet intraveneuze) druggebruikers een belangrijke bron van besmetting gelegen in sexuele contacten. Weliswaar worden druggebruikers als groep door een zekere afname van de sexuele activiteit gekenmerkt. Daartegenover kan

echter ingebracht worden dat sommigen van hen zich prostitueren om aan het geld voor drugs te komen. Hierbij komen dan zowel hetero- als homosexuele contacten met wisselende partners voor.

Belangrijk is dat via sexuele overdracht het HIV zich vanuit de betrekkelijk afgelijnde subgroep van illegale druggebruikers naar de algemene bevolking, dus ook de niet-druggebruikers, kan verspreiden. In Hera (zie hoger) worden intraveneuze druggebruikers daarom vermeld als "de belangrijkste bron van besmetting langs heterosexuele weg". Hun aandeel bleek uit een studie in New York maar liefst tot 87 % op te lopen. En bij een Amsterdams onderzoek werden 34 op 96 onderzochte heroïneprostituées seropositief bevonden.

Uit vroeger onderzoek is bekend dat intraveneuze druggebruikers als regel weinig gebruik maken van het condoom bij sexuele contacten. Bovendien vinden deze contacten soms plaats onder invloed van drugs en/of alcohol. In die omstandigheden laat men zich nauwelijks leiden door rationele overwegingen van gezondheidsrisico's.

Recent is de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) daarom dringend gaan pleiten voor de nodige aandacht voor druggebruikers als uiterst belangrijke risicogroep voor de verspreiding van HIV onder de bevolking.

We mogen hier ook niet voorbijgaan aan de gevaren van intra-uterine besmetting van de foetus bij zwangere seropositieve druggebruiksters. In Europa blijkt het grootste aantal gevallen van AIDS bij de pasgeborenen afkomstig van moeders die intraveneus drugs gebruik(t)en of van wie de partner dit doet. Vrouwelijke druggebruikers blijken in het algemeen weinig gemotiveerd om veilige anticonceptie toe te passen.

2. Prevalentie van HIV-besmetting bij illegale druggebruikers : enkele internationale cijfergegevens

Tijdens het vierde internationale AIDS-congres (in 1988 te Stockholm) werden gegevens uit diverse landen en gebieden gerapporteerd omtrent het aantal door HIV besmette druggebruikers.

Het aantal besmette personen binnen de onderzochte groep wordt doorgaans procentueel uitgedrukt, en men noemt dit aantal de "seroprevalentie". Wie seropositief is, vertoont daarom (nog) geen AIDS-

symptomen zoals die in het "full blown" ziektebeeld voorkomen. Op een korte tot lange termijn verwacht men evenwel voor elk seropositief individu een evolutie naar ARC en uiteindelijk naar AIDS, tot en met het terminale stadium.

Enkele Europese prevalentiecijfers, alle gebaseerd op onderzoek in 1985, zijn hieronder weergegeven.

Zuid-Italië	> 50 %
Spanje	> 50 %
Berlijn	20 - 49 %
Amsterdam	20 - 49 %
Zürich	20 - 49 %
Stockholm	5 - 19 %
Kopenhagen	5 - 19 %
Glasgow	0 - 5 %

Redelijkerwijze kan verondersteld worden dat al deze aantallen sinds het tijdstip van onderzoek nog zijn toegenomen.

Zoals reeds gesteld, kan het virus, wanneer het zich eenmaal aangediend heeft binnen de subgroep van illegale druggebruikers, zich in dit milieu bijzonder snel verspreiden. In Manhattan (New York) steeg de seroprevalentie binnen twee jaar tot 40 %, in Edinburgh binnen twee jaar tot 50 %, in Milaan binnen vier jaar tot 50 %. Een actueel lage seroprevalentie is dus zeker geen geruststelling voor de toekomst, maar veeleer een stimulans tot dringend preventief ingrijpen om (verdere) verspreiding in te dijken.

In enkele landen heeft men getracht de verspreiding tegen te gaan door het gemakkelijk en op grote schaal beschikbaar stellen van steriel "materiaal". De invloed hiervan op de evolutie van de seroprevalentie is niet overtuigend aangetoond. In Edinburgh (zie hoger) werden wel een zeker rechtstreeks verband in omgekeerde zin vastgesteld. Bij geringe verkrijgbaarheid van hygiënische spuiten liep de seroprevalentie aldaar binnen twee jaar op tot 50 %. Andere gebieden vertoonden een tegenovergestelde tendens. In Noord-Italië nam de epidemie zeer snel toe, hoewel een steriele spuit voor een luttel bedrag in elke supermarkt te koop is. In Zweden worden spuiten uitsluitend verstrekt op doktersvoorschrift, en is de HIV-seroprevalentie bij intraveneuze druggebruikers toch relatief gering.

De vaststelling van grote nationale en regionale verschillen, die uit de bovenstaande cijfers moet volgen, doet als vanzelf de vraag rijzen hoe de actuele situatie in Vlaanderen dan wel is.

Medio 1988 waren de beschikbare gegevens om deze vraag te beantwoorden zeer beperkt. Op nationaal niveau is er wel de registratie van alle seropositieven en AIDS-patiënten door het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie. Hierbij wordt echter voor een geïdentificeerde drager van het virus nagegaan of deze eventueel (ook) illegale drugs gebruikt. De omgekeerde benadering, om vanuit de groep druggebruikers na te gaan of deze eventueel seropositieven bevat, levert daarnaast aanvullende en even belangrijke informatie. Voor dit laatste bestonden tot voor kort slechts enkele inspanningen, op lokaal vlak ondernomen door enkele centra voor hulpverlening aan druggebruikers.

Om deze leemte op te vullen is een systematisch onderzoek opgezet door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Dit is de overkoepelende organisatie van instellingen die in Vlaanderen actief zijn op gebied van studie, preventie en behandeling van problemen rond alcohol- en/of ander druggebruik. De studie werd voorgelegd aan IPAC, en is na positief advies vanuit de Wetenschappelijke Stuurgroep van dit orgaan aanvaard voor betoelaging vanuit het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (Volksgezondheid).

3. Opzet van de VAD-enquête, en gegevens uit een pilootstudie

De VAD-studie gaat de seroprevalentie na bij druggebruikers, voor zover dezen in contact zijn met een of meer van de diverse hulpverleningscentra in Vlaanderen, die zich min of meer gespecialiseerd hebben in opvang van alcohol- en/of andere drugproblemen, of die regelmatig contact hebben met druggebruikers. Druggebruikers die in contact staan met de hulpverlening als professioneel circuit vormen immers een relatief bereikbare groep van het totale "drugmilieu". Zijn er redenen om aan te nemen dat druggebruikers met hulpverleningscontacten verschillen van de andere druggebruikers, althans in termen van seropositiviteit ? Het antwoord op deze vraag is niet geheel zeker. Aangenomen kan worden dat druggebruikers met curatieve contacten in het algemeen beter gemotiveerd zijn om iets aan hun probleem te "doen" en aldus meer gericht zijn op een meer gezonde en veilig levenswijze. Anderzijds stelt men vast dat de druggebruikers in de hulpverlening juist dezen zijn die de langste verslavingsgeschiedenis doorgemaakt hebben, en die daardoor ook het grootste cumulatieve risico voor HIV-besmetting vertonen.

In februari 1988 werd een vooronderzoek uitgevoerd, waarbij we ons

beperkten tot een 25-tal diensten. De resultaten waren bemoedigend. Niet minder dan 18 diensten bleken bereid de gevraagde gegevens volledig beschikbaar te stellen. Daarbij bleek dat screening vrij routineus en systematisch plaatsvond bij illegale en dan vooral bij intraveneuze druggebruikers, en veel minder of niet bij andere toxicomanen (medicatiemisbruikers) en alcoholisten.

Omtrent de seroprevalentie konden we uit het vooronderzoek slechts beperkte conclusies afleiden. Sinds de invoering van de screening, die voor de verschillende diensten op andere tijdstippen in het verleden al plaatsgehad had, waren door de 18 diensten in totaal meer dan 570 cliënten (onder wie niet alleen druggebruikers !) op HIV gescreend. Hiervan werden uiteindelijk slechts 9 individuen seropositief bevonden, d.i. minder dan twee procent ! Wellicht is het aantal zelfs nog enigszins overschat, doordat eenzelfde cliënt door meerdere diensten als seropositief gerapporteerd kon worden in het vooronderzoek. Wat de algemene orde van grootte betreft, lijkt dit eerste resultaat alleszins bruikbaar te zijn als oriëntatie voor het verdere onderzoek.

Vanuit deze ervaring werd daarom een schema voor een halfjaarlijks regelmatig onderzoek ontworpen. Dit werd voor het eerst toegepast bij een nieuwe enquête in september 1988, die betrekking had op de cliënten wier dossier in de respectieve diensten geopend (c.q. heropend) was in de periode van 1 januari tot en met 30 juni 1988.

Ditmaal werden 99 diensten over geheel Vlaanderen verzocht om aan de enquête mee te werken. Deze diensten zijn gesitueerd in de zes onderstaande categorieën :

- psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen ;
- psychiatrische ziekenhuizen (al of niet met een gespecialiseerde ontwenningsafdeling) ;
- therapeutische gemeenschappen ;
- crisisopvangcentra, in zoverre ze rond alcohol- en/of andere drugproblematiek gespecialiseerd zijn ;
- ambulante begeleidingscentra, mits hetzelfde beperkend criterium ;
- diverse andere relevante instellingen (revalidatiecentra, overgangshuizen, nazorgdiensten, ...).

Aan alle instellingen werd gevraagd om het aantal contacten op te geven binnen elk van de volgende vijf categorieën van cliënten :

IVD	intraveneuze druggebruikers ;
NIVD	niet-intraveneuze illegale druggebruikers ;

TOX medicatiemisbruikers ;
ALC alcoholisten ;
AND andere cliënten (zonder verslavingsproblematiek).

Om dubbele tellingen te vermijden kan iedere cliënt in slechts één categorie ondergebracht worden, en wel in de hoogste volgens bovenstaande opsomming (daar deze voor dit specifieke onderzoek het meest relevant is en het grootste HIV-risico impliceert).

Voor elk van de aantallen cliënten in alle vijf categorieën wordt vervolgens gevraagd hoeveel van hen qua serostatus onderzocht zijn, en hoeveel van dezen dan feitelijk seropositief voor HIV bevonden zijn.

Voor seropositief bevonden cliënten worden nog enkele bijkomende gegevens gevraagd. Zo wordt nagegaan of de seropositiviteit gebleken is vóór of na 1 januari 1988 (om het aantal nieuw bijkomende seropositieven enigszins te kunnen bepalen, als incidentiecijfer). Ook wordt nagegaan of de seropositiviteit voor het eerst vastgesteld is door de rapporterende dienst, om eventuele dubbele tellingen van seropositieven die door meerdere diensten aangemeld worden te voorkómen. Ten slotte wordt ook nagegaan of de cliënt Belg of buitenlander is, zowel wat zijn herkomst (nationaliteit) als feitelijk verblijf (residentie) betreft.

4. Resultaten van de enquête (1988/1)

Van de 99 aangeschreven diensten gaven er 44 min of meer volledige antwoorden. Sommige diensten van deze 44 vermeldden slechts de aan- resp. afwezigheid van seropositieve cliënten in hun instelling, maar verreweg de meeste diensten gaven de nauwkeurig gedetailleerde informatie zoals deze feitelijk gevraagd was.

De responderende diensten zijn vrij goed verdeeld over Vlaanderen, in geografische zin. Omtrent de spreiding van de cliënten over wie de gegevens gerapporteerd worden hoeft dit echter niets te impliceren.

Bij alle vormen van rapportering zijn, overeenkomstig de gemaakte afspraken, zowel cliënten als diensten in principe niet-identificeerbaar. Onder andere om die reden worden ook in dit verslag slechts subtotalen, of geglobaliseerde en samenvattende cijfers, gepresenteerd. Bovendien beperken we ons tot de cliënten in de categorieën IVD en NIVD. In alle overige categorieën (TOX, ALC, AND) bleek zowel screening als melding van seropositiviteit eerder occasioneel, alhoewel de screening gericht selectief bleek te gebeuren in functie van risico-indicaties (andere

dan druggebruik).

Hier vermelden we de absolute aantallen cliënten met wie men contact had, die eventueel gescreend werden, en die in voorkomend geval seropositief bevonden werden, gedurende de periode van 1 januari tot en met 30 juni 1988. Hierbij gaan we uit van de hoger vermelde typologie van instellingen of diensten. Om individuele herkenbaarheid te vermijden, werden bovendien twee bepaalde types van instellingen samengevoegd. Telkens geven we eerst kwantitatief nauwkeurige informatie, voor zover deze beschikbaar is, en vullen we deze eventueel aan met de minder volledige gegevens die ons vanuit een aantal diensten verstrekt werden.

PSYCHIATRISCHE AFDELINGEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

	cliënten	gescreend	seropositief
IVD	10	8	0
NIVD	8	2	0

Bovenstaande gegevens zijn afkomstig van 8 diensten.
Alle 8 diensten verschaften volledig gedetailleerde informatie.

PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

	cliënten	gescreend	seropositief
IVD	5	3	0
NIVD	19	0	-

Bovenstaande gegevens zijn afkomstig van 8 diensten.
Tevens gaven 5 andere diensten onvolledig gedetailleerde informatie. In totaal rapporteerden deze 5 diensten 1 seropositieve cliënt. Deze cliënt was een druggebruiker, die echter niet eenduidig als IVD versus NIVD gespecificeerd werd.

THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAPPEN

	cliënten	gescreend	seropositief
IVD	35	27	0
NIVD	53	34	0

Bovenstaande gegevens zijn afkomstig van 7 diensten.
Alle 7 diensten verschaften volledig gedetailleerde informatie.

CRISISOPVANGCENTRA EN AMBULANTE BEGELEIDINGSCENTRA (GECOMBINEERD)

	cliënten	gescreend	seropositief
IVD	53	36	3
NIVD	20	12	0

Bovenstaande gegevens zijn afkomstig van 2 diensten.
Tevens gaven 6 andere diensten onvolledig gedetailleerde informatie. In totaal rapporteerden deze 6 diensten twee seropositieve cliënten, beide in de categorie IVD.

ANDERE DIENSTEN

	cliënten	gescreend	seropositief
IVD	0	-	-
NIVD	3	0	-

Bovenstaande gegevens zijn afkomstig van 7 diensten.
Tevens gaf 1 dienst onvolledig gedetailleerde informatie, en deze dienst meldde geen seropositieve cliënten.

Een globaal samenvattende tabel van deze resultaten wordt gepresenteerd in de volgende paragraaf.

5. Conclusies uit de VAD-enquête (1988/1)

Al hebben algemene en psychiatrische ziekenhuizen in het algemeen een grote opnamepopulatie, binnen deze instellingen treft men betrekkelijk weinig druggebruikers aan. Het omgekeerde geldt voor therapeutische gemeenschappen, die typische kleinschalige behandelingscentra vormen. Druggebruikers vormen daar de overwegende of bijna uitsluitende soort van bewoners. Ook de crisisopvangcentra en ambulante begeleidingscentra melden veel druggebruikers bij hun cliënten, maar deze diensten zijn voor dit onderzoek dan ook specifiek daarnaar geselecteerd. We blijken al met al zeker de diensten bereikt te hebben, waar druggebruikers zich feitelijk bevinden. De diensten in de categorie "overige instellingen" blijken algemeen weinig geconfronteerd te worden met druggebruikers daarentegen ; wellicht was inclusie van deze diensten minder opportuun in dit stadium.

Gegeven de aantallen contacten met druggebruikers, blijkt er relatief veel screeningsonderzoek toegepast te worden. Dit geldt vooral voor therapeutische gemeenschappen, crisisopvangcentra/ambulante begeleidingscentra en - in iets mindere mate - voor psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Voor alle types van diensten blijkt dat meer gescreend is bij cliënten met intraveneus druggebruik dan bij cliënten met een andere vorm van illegaal druggebruik.

Het aantal gemelde seropositieven is consistent laag. Dit is reeds informatief op zich, aangezien het wijst op betrouwbaarheid, en daarmee een zekere validiteit van het onderzoek suggereert : alle gegevens wijzen consistent in dezelfde richting. De seroprevalentie van HIV bij intraveneuze en andere illegale druggebruikers in Vlaanderen blijkt laag, althans vanuit de via de hulpverlening geïdentificeerde cliënten. Dit ligt tevens in de lijn van de resultaten van onze pilootstudie.

Een gezamenlijke tabel kan worden opgemaakt voor alle diensten, ongeacht het type van dienst, die volledig gedetailleerde informatie verstrekt hebben.

	cliënten	gescreend	seropositief
IVD	103	74	3
NIVD	103	48	0

Anders uitgedrukt : 72 % intraveneuze en 47 % niet-intraveneuze druggebruikers zijn gescreend naar HIV. Hiervan zijn resp. 4 % en 0 % feitelijk seropositief bevonden.

Volgens deze cijfers is de proportie seropositieven groter bij de intraveneuze dan bij de andere druggebruikers. Wellicht kan dit verschil in besmettingspercentages beschouwd worden als een maatstaf voor het "surplus-risico" dat specifiek verbonden is aan intraveneus druggebruik, namelijk besmetting door geïnfecteerd materiaal.

De vaststelling van een algemeen lage seroprevalentie van HIV bij druggebruikers in Vlaanderen heeft enkele belangrijke implicaties. In de nabije (en verdere) toekomst zal dit onderzoek regelmatig herhaald moeten worden, bij wijze van replicatie en om de evolutie van prevalentie (en incidentie) van HIV-besmetting systematisch te volgen. Nu al echter vormen druggebruikers een prominente doelgroep voor AIDS-preventie, die aansluit bij hun noden en attitudes. De huidige gegevens illustreren duidelijk de (nog) geringe verspreiding van HIV-besmetting bij druggebruikers, wat de kans op succesvolle preventie maximaal laat. En dergelijke preventie naar druggebruikers toe komt uiteindelijk ook aan de algemene bevolking ten goede (zie hoger).

Preventie bij druggebruikers is geen sinecure. Het is ook allerminst een vanzelfsprekendheid. Volgens een hardnekkig stereotype zouden alle druggebruikers hopeloos afgeschreven en uitgerangeerd zijn. Alle pogingen om hun toestand te verbeteren of "de schade te beperken", ook en vooral wanneer deze een actieve inzet van de verslaafde zelf vragen, zouden al bij voorbaat gedoemd zijn te mislukken ... Dit is duidelijk tegengesproken op het vierde AIDS-wereldcongres van de Wereldgezondheidsorganisatie. Mits een adequate aanpak zijn ook druggebruikers wel degelijk vatbaar voor preventieve maatregelen. Zowel een geïndividualiseerde benadering (bijvoorbeeld tijdens het contact van de druggebruiker met een hulpverlener voor zijn drugprobleem) als een informatieve campagne kan bij druggebruikers effect sorteren en leiden tot een meetbare reductie van riskant gedrag.

De aanzet tot AIDS-preventie bij druggebruikers is inmiddels reeds een feit. Over de eigen preventieve mogelijkheden vanuit de drughulpverlening kan men meer lezen in het referatenboek van de recente studiedag "AIDS-preventie in de drugzorg" van de VAD-werkgroep Illegale Drugs. Dit referatenboek zal binnenkort beschikbaar zijn. Door deze werkgroep werd ook reeds een (eerste versie van een) folder voor druggebruikers ontworpen en uitgegeven, die zowel het drugprobleem als het AIDS-risico bespreekbaar stelt. Hierin zijn concrete gedragsaanwijzingen opgenomen over hoe een druggebruiker zowel zichzelf als anderen kan beschermen en HIV-besmetting voorkómen. Nuttige adressen voor verder advies en voor

eventuele hulpverlening zijn eveneens vermeld. Deze folder kan men bekomen op eenvoudige aanvraag bij V.A.D., Papenvest 78, 1000 Brussel. Ook commentaren en reacties naar aanleiding van deze folder zijn daar welkom ; in de mate van het mogelijke wordt hiermee rekening gehouden bij latere versies ervan.

Dit is slechts een eerste stap. Duidelijk is dat het hier niet kan en mag bij blijven. Preventie van HIV-besmetting, ook bij druggebruikers, is een belangrijke opdracht voor het beleid. Daarom is het de taak van de gewestelijke en nationale overheden om zoveel mogelijk initiatieven daartoe te ondersteunen en aan te moedigen.